

CONSEIL D'ÉTAT, SECTION DU CONTENTIEUX ADMINISTRATIF

VI^e CHAMBRE

A R R Ê T

n^o 249.292 du 18 décembre 2020

A. 227.436/VI-21.422

En cause : **l'association de droit public Association hospitalière de Bruxelles – Hôpital universitaire des Enfants Reine Fabiola** (en abrégé « HUDERF »),

ayant élu domicile chez
M^{es} Benoît CAMBIER et
Fabien HANS, avocats,
avenue Winston Churchill 253/40
1180 Bruxelles,

contre :

**l'Institut National d'Assurance
Maladie Invalidité (INAMI),**

ayant élu domicile chez
M^{es} Pierre SLEGERS et
Margaux KERKHOF, avocats,
avenue Louise 523
1050 Bruxelles.

I. Objet de la requête

Par une requête introduite le 15 février 2019, l'association de droit public Association Hospitalière de Bruxelles – Hôpital Universitaire des Enfants Reine Fabiola demande l'annulation de :

- « 1. La décision de l'INAMI datée du 3 janvier 2019 qui exclut la partie requérante du bénéfice de la convention pour le suivi des enfants nés prématurément, approuvée par le Comité de l'assurance de l'INAMI en sa séance du 17 décembre 2018.
2. La décision du Comité de l'assurance de l'INAMI du 17 décembre 2018 approuvant le projet de convention-type pour le suivi des enfants nés prématurément ».

II. Procédure

Le dossier administratif a été déposé.

Les mémoires en réponse et en réplique ont été régulièrement échangés.

M^{me} Claudine Mertes, premier auditeur au Conseil d'État, a rédigé un rapport sur la base de l'article 12 du règlement général de procédure.

Le rapport a été notifié aux parties.

Les parties ont déposé des derniers mémoires.

Par un courrier du 12 octobre 2020, la partie requérante a demandé la fixation de l'affaire en urgence en application de l'article 17, § 1^{er}, alinéa 3 des lois coordonnées sur le Conseil d'État.

Par une ordonnance du 16 octobre 2020, l'affaire a été fixée à l'audience du 18 novembre 2020.

M^{me} Florence Piret, conseiller d'État, a exposé son rapport.

M^e Fabien Hans, avocat, comparaissant pour la partie requérante, et M^e Margaux Kerkhofs, avocat, comparaissant pour la partie adverse, ont été entendus en leurs observations.

M^{me} Claudine Mertes, premier auditeur, a été entendue en son avis conforme

Il est fait application des dispositions relatives à l'emploi des langues, inscrites au titre VI, chapitre II, des lois sur le Conseil d'État, coordonnées le 12 janvier 1973.

III. Exposé des faits

1. Une première convention-type en matière de suivi diagnostic des enfants nés prématurément a été conclue le 29 août 2014. Elle est entrée en vigueur

le 1^{er} septembre 2014. Comme le prévoit son article 22, cette convention est valable jusqu'au 31 décembre 2016.

Le préambule de cette convention précise qu'elle est conclue sur base des articles 22, 6°, et 23, § 3 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnité, coordonnée le 14 juillet 1994 (ci-après : « loi AMI »).

Cette convention prévoit, en son article 1^{er}, que :

- « § 1^{er}. La présente convention définit les rapports financiers et administratifs entre l'établissement et les bénéficiaires de l'assurance obligatoire soins de santé ainsi que les rapports entre cet établissement, l'INAMI et les organismes assureurs en ce qui concerne notamment les bénéficiaires au sens de la présente convention, les prestations de bilan diagnostiques, le prix des prestations de bilan diagnostiques ainsi que les modalités de leur paiement.
- § 2. La présente convention vise à installer un système de suivi multidisciplinaire minimal, systématique et uniforme accessible aux enfants grands prématurés visés par la présente convention, permettant le diagnostic précoce des troubles du développement liés à la grande prématurité. Dans ce sens, la présente convention vise à implanter une politique uniforme en matière de suivi des enfants visés par la présente convention ».

L'article 2 de la Convention prévoit ce qui suit :

- « Par bénéficiaire visé au sens de la présente convention, il y a lieu d'entendre les bénéficiaires de moins de 5,5 ans de l'assurance obligatoire soins de santé remplissant les conditions suivantes et qui, au vu de ces conditions, ont besoin d'un suivi multidisciplinaire adapté à long terme et ce, jusque l'âge de 5,5 ans inclus maximum:
- 1) Groupe 1: Enfants nés avec un âge gestationnel inférieur à 31 semaines de grossesse (sont donc visés les enfants nés avec un âge gestationnel jusque 30 semaines et 6 jours de grossesse) et/ou nés avec un poids inférieur à 1500 grammes;
 - 2) Groupe 2 : Enfants nés avec un âge gestationnel de 31 semaines (sont donc visés les enfants nés au maximum à la 31^{ème} semaine et 6 jours de grossesse - et ayant donc moins de 32 semaines) et un poids supérieur ou égal à 1500 grammes ».

L'article 3 de cette convention prévoit que l'objectif de la convention est « l'instauration d'un programme de suivi pour les enfants qui font partie du groupe cible des patients (visés à l'article 2) ». Ce programme de suivi permet de « dépister le plus précocement possible les troubles du développement rencontrés par les enfants nés grands prématurés (...) dans le but de les orienter vers des prises en charge adaptées qui vont limiter les conséquences sur le développement futur de l'enfant grâce au dépistage et traitements précoces de ces troubles ». La prise en charge proprement dite « ne fait toutefois pas partie des activités remboursées dans le cadre de la [...] Convention ».

L'« établissement » visé à l'article 1^{er} de la convention est défini par l'article 4 comme étant une unité organisationnelle et fonctionnelle implantée au sein d'un hôpital. Il est précisé que « les activités prévues dans le cadre de la présente convention doivent donc toutes être réalisées sur le site d'un établissement hospitalier ».

L'article 4 prévoit cependant, en son paragraphe 2, que :

- « Dans l'attente de la concrétisation des dispositions mentionnées à l'article 19 de la présente convention, l'établissement peut réaliser ses activités dans le cadre de la présente convention sur plusieurs sites à condition :
 - qu'il y ait un accord préalable écrit du Collège des médecins-directeurs pour chaque site où seront dispensées les activités conventionnelles (en dehors du siège principal) et ;
 - que chaque membre de l'équipe peut être chargé d'effectuer les prestations prévues dans le cadre de la présente convention sur chaque site dans le cas où sa présence sur un autre site est indiqué et ;
 - que des médecins de l'équipe médicale dont il est question à l'article 8 § 1^{er} point b de la présente convention travaillent effectivement sur d'autres sites afin d'y réaliser les bilans prévus, de sorte qu'il y ait des liens entre les médecins travaillant sur les différents sites et qu'il n'y ait jamais de site où les médecins travaillent de manière isolée des médecins travaillant sur les autres sites. Dès lors, il n'est pas possible que les médecins qui travaillent sur certains sites de l'établissement n'ont parmi eux aucun médecin également actif sur un autre site de l'établissement ».

Le paragraphe 3 de la même disposition prévoit que le siège principal de l'établissement est chargé d'introduire, en son nom, les demandes individuelles de prise en charge et de porter en compte aux organismes assureurs les prestations prévues dans le cadre de la convention et de fournir à l'INAMI les chiffres de production « même dans le cas où l'établissement dispose de plusieurs sites sur lesquels les activités de la convention sont effectuées ».

Le paragraphe 5 de l'article 4 prévoit que l'établissement peut faire appel au personnel, à l'infrastructure et au matériel de l'hôpital pour tout acte médical requis par la détection d'un éventuel trouble chez tout bénéficiaire.

Les conditions d'accès à la convention sont visées aux paragraphes 9 et 10 de l'article 4. L'établissement doit avoir conclu, au préalable, un ou des contrat(s) de collaboration avec un ou des service(s) NIC « dont le total des nourrissons, nés dans une même année calendrier et qui, répondent aux critères de l'article 2 et qui ont été hospitalisés dans le service NIC depuis leur naissance (ou au plus tard

3 semaines après leur naissance) s'élève à un minimum de 140. »

L'article 4 dispose, en son paragraphe 11, comme il suit :

- « Pour conserver le bénéfice de la présente convention, l'établissement doit prendre en charge un minimum de 100 nouveaux bénéficiaires différents par année calendrier dans le cadre de la présente convention. Par nouveau bénéficiaire, il est entendu les bénéficiaires qui font partie du groupe 1 ou du groupe 2 dont il est question à l'article 2 de la présente convention et pour lesquels un premier bilan (peu importe qu'il s'agisse d'un bilan A, B, C ou D) a été réalisé dans le cadre de la présente convention pendant l'année calendrier considérée. Cette limite minimale permet de garantir l'acquisition d'une expérience et de pouvoir entretenir cette expérience. En vertu des dispositions mentionnées au § 2 du présent article, il peut être tenu compte du nombre d'enfants pris en charge sur chacun des sites sur le(s)quel(s) sont proposées les activités conventionnelles et afin de pouvoir atteindre le nombre minimum de patients à prendre en charge pour conserver le bénéfice de la présente convention (100 nouveaux patients par année) [...]
- Si le Service des soins de santé de l'INAMI constate pendant 2 années consécutives [...] que l'établissement ne satisfait pas aux conditions minimums, une dénonciation de la présente convention pourra être proposée au Comité de l'assurance [...] ».

L'article 7 est rédigé comme il suit :

- « § 1^{er}. L'établissement propose au bénéficiaire visé par l'article 2 de la présente convention, un programme de suivi sur le long terme et ce, jusque l'âge de 5,5 ans inclus maximum. Le programme de suivi doit être effectué par les membres de l'équipe dont il est question à l'article 8 de la présente convention et diffère selon l'âge du bénéficiaire.
- § 2. En ce qui concerne les bénéficiaires visés par l'article 2 de la présente convention (groupe 1 et groupe 2), le programme de suivi multidisciplinaire minimal, systématique et uniforme consiste en la réalisation de bilans, auprès du bénéficiaire, à des âges clés de son développement :
- Bilan A lorsque le bénéficiaire a 3, 4 ou 5 mois d'âge corrigé
 - Bilan B lorsque le bénéficiaire a 9, 10, 11, 12 ou 13 mois d'âge corrigé
 - Bilan C lorsque le bénéficiaire a 22, 23, 24 ou 25 mois d'âge corrigé
 - Bilan D lorsque le bénéficiaire a 4,5 ans et 5,5 ans inclus
- [...]
- § 7. Pour le groupe 2 de bénéficiaires, seuls 2 bilans peuvent être portés en compte aux organismes assureurs des bénéficiaires concernés. Il s'agit, d'une part, d'un bilan A, B ou C et d'autre part, d'un bilan D. Le choix du bilan A, B ou C est déterminé par l'âge du bénéficiaire au moment de la réalisation du bilan.
- § 8. Un bénéficiaire qui intégrerait le programme en cours de route à un âge où il a déjà raté un ou plusieurs bilans peut suivre le restant du programme de suivi prévu dans le cadre de la présente convention sans avoir bénéficié au préalable du(es) bilan(s) précédent(s). Un enfant peut donc intégrer le programme en cours de route. En tenant compte des dispositions du § 2 du présent article, l[es] âges minimum et maximum requis pour chaque bilan doivent en tout cas être respectés.
- [...]

§ 11. Chaque type de bilan prévu ne peut être effectué et porté en compte qu'une seule fois pour un bénéficiaire.
[...] ».

L'article 12 précise que les prestations remboursables dans le cadre de la convention sont les quatre prestations de bilan visées à l'article 7, § 2, soit les bilans A, B, C et D, via la mention des pseudo-codes qu'il énumère.

L'article 15 de la Convention prévoit que l'établissement transmet les chiffres de production (soit le nombre de bilans effectués, par type, multiplié par leurs prix respectifs) relatifs à chaque trimestre au moyen de l'application informatique que le service des soins de santé a fait parvenir à cet effet. Le paragraphe 3 de cette disposition précise que, lorsque les activités conventionnelles sont, en application de l'article 4, § 2, réalisées sur plusieurs sites, « les chiffres de production doivent être transmis globalement pour l'ensemble des sites sur lesquels sont dispensées les activités conventionnelles ».

L'article 17 de la Convention, qui instaure le Conseil d'accord, prévoit ce qui suit :

« § 1^{er}. Le Conseil d'accord est un organe fonctionnel composé, d'une part, des membres du Collège des médecins-directeurs du Service des soins de santé de l'I.N.A.M.I. et, d'autre part, des médecins responsables des établissements avec lesquels la présente convention a été conclue. Le Conseil d'accord est présidé par le Président du Collège des médecins-directeurs.

§ 2. Le Conseil d'accord a pour missions ;

- De suivre attentivement l'évolution du nombre de bilans de chaque type effectués (bilans complets, bilans partiels, interventions remboursables et non remboursables, *etc.*) et d'identifier, pour chaque type de bilan également, les troubles diagnostiques, les orientations vers des traitements adaptés, *etc.*
- D'assurer un feedback c'est-à-dire de proposer, sur la base de réévaluation des bilans effectués, des adaptations au "système conventionnel" tenant compte de la réalité et des résultats obtenus en vue de promouvoir la qualité des bilans diagnostics dispensés aux bénéficiaires de la présente convention;
- De mener une politique générale en matière de grande prématurité ; donner des avis soit à la demande, soit spontanément dans le cadre de l'assurance maladie. Ces avis seront basés sur l'expérience de travail des établissements en faveur des grands prématurés.

§ 3. Le Conseil d'accord est convoqué sur décision du Président.

§ 4. Si l'établissement n'est, à plusieurs reprises, pas présent à la réunion du Conseil d'accord, cette absence sera constatée par le Président du Conseil d'accord, par lettre recommandée adressée au pouvoir organisateur de l'établissement.

Si l'établissement reste absent, après cette constatation, cette absence sera immédiatement communiquée au Comité de l'assurance qui peut décider de résilier la convention pour ce motif, moyennant le respect du préavis prévu à l'article 22, § 2 de la présente convention ».

L'article 18 de la Convention impose à l'établissement qui conclut la convention de « collaborer à la conception, à la mise à jour, à la gestion et à l'exploitation d'une base de données, visant à recenser de la manière la plus exhaustive possible et à étudier scientifiquement l'ensemble de la population des enfants dont il est question dans le cadre de la présente convention, à partir de leur naissance et hospitalisation dans un NIC ». Il est précisé que « cet enregistrement doit [...] comporter certaines données enregistrées de manière systématique et uniforme par l'ensemble des établissements qui ont signé la présente convention, en ce qui concerne les programmes de suivi qu'ils réalisent » et que « cet enregistrement doit se faire en collaboration avec le Collège des médecins pour la mère et le nouveau-né (section néonatalogie) institué auprès du Service public fédéral Santé publique ».

Le paragraphe 3 de l'article 18 prévoit également que les établissements doivent rédiger, en collaboration avec le Collège des médecins pour la mère et le nouveau-né (section néonatalogie), à l'intention du Collège des médecins-directeurs et du Comité de l'assurance, un rapport annuel reprenant la collecte des données, relatives notamment aux caractéristiques du bénéficiaire, aux bilans réalisés ainsi qu'à l'identification du service NIC qui a envoyé le bénéficiaire à l'établissement. Ce rapport annuel doit être rendu au plus tard pour le 30 juin de l'année qui suit l'année à laquelle le rapport a trait.

Le paragraphe 6 de l'article 18 ajoute que « [l]'activité des différents établissements qui ont conclu la présente convention fera l'objet d'une évaluation », que « [c]ette évaluation permettra de déterminer s'il y a lieu d'adapter certaines dispositions mentionnées dans le cadre de la présente convention en fonction des résultats obtenus par cette évaluation », que « [p]our réaliser cette évaluation, l'INAMI se donne le droit de faire usage des rapports annuels et d'en tirer l'information nécessaire », qu' « [i]l peut entreprendre également toute une série de démarches permettant de faire aboutir cette évaluation » et qu' « [à] ce sujet, il n'est pas exclu que certaines informations complémentaires soient demandées aux différents établissements concernés ».

L'article 19, § 1^{er}, stipule quant à lui ce qui suit :

« Les 2 parties de la présente convention conviennent qu'en cas de travail sur plusieurs sites, une seule et même équipe effectue les déplacements sur tous les sites. Cependant, de manière transitoire, il est autorisé que seul le médecin se

déplace sur les autres sites (...). Cependant, les 2 parties signataires de la présente convention conviennent que les établissements qui ont conclu la présente convention évoluent vers une concentration de l'expertise et prennent toute une série de mesures permettant d'évoluer vers cette concentration. Le but est donc d'arriver à concentrer l'expertise de manière progressive ; concentration qui se manifeste par le fait qu'une seule et même équipe soit active et se déplace sur les différents sites sur lesquels sont proposées les activités prévues dans le cadre de la présente convention ».

Le paragraphe 2 de l'article 19 ajoute que chaque établissement est tenu d'élaborer un plan d'action qui a pour but de garantir que l'établissement mette tout en œuvre pour évoluer vers cette concentration de l'expertise. Ce plan d'action doit, en vertu du paragraphe 4, être soumis au Collège des médecins-directeurs dans les six mois qui suivent l'entrée en vigueur de la convention.

Le paragraphe 5 de l'article 19 dispose comme il suit :

« L'INAMI se donne le droit de faire usage des plans d'action et d'en tirer les informations nécessaires pour examiner si l'établissement met tout en œuvre pour concentrer l'expertise. Il peut entreprendre également toute une série de démarches permettant de faire aboutir cet examen. À ce sujet, il n'est pas exclu que certaines informations complémentaires soient demandées aux différents établissements concernés. Si le Collège des médecins-directeurs conclut de l'analyse du plan d'action que les mesures prises par l'établissement ne permettent pas d'évoluer vers une concentration suffisante de l'expertise, il peut proposer au Comité de l'assurance de dénoncer la convention (conformément aux conditions en la matière mentionnées à l'article 22 § 2 de la présente convention) ou décider de ne pas prolonger la convention au-delà de la date de fin de sa validité mentionnée à l'article 22 § 1^{er} de la présente convention ».

2. Cette convention est conclue avec sept centres (UZ Gent, UZ Anvers, COS Leuven, Érasme, CUSL, HUDERF, CHR de la Citadelle) qui réalisent leurs activités sur plus d'une vingtaine de sites au total.

L'HUDERF conclut, au nom du centre de suivi des enfants nés grands prématurés (*Early Birth*), une convention avec l'INAMI. Le centre réalise ses activités sur les sites de l'HUDERF, du CHU Saint-Pierre et de l'UZ Brussel, en vertu d'une convention de collaboration conclue, le 25 septembre 2013, entre le centre et les services NIC de ces trois hôpitaux.

3. Par courrier du 11 février 2015, l'HUDERF communique à l'INAMI le plan d'action visé par la convention de 2014. Ce plan d'action prévoit essentiellement la tenue de réunions périodiques entre les différents prestataires de soins de santé, le regroupement des consultations pour limiter les déplacements des patients et l'élaboration d'un rapport commun aux différents sites.

4. Lors de sa séance du 1^{er} juillet 2015, le Collège des médecins-directeurs examine les plans d'action des différents centres parties à la convention de 2014. Le constat du Collège est que les mesures prises ne sont pas convaincantes.

L'« extrait de PV de la séance du 01/07/2015 du Collège des médecins-directeurs » mentionne, à ce propos, ce qui suit :

« Les membres sont tous d'accord pour dire que les plans d'action rendus par les Centres de suivi pour les enfants nés grands prématurés ne sont pas convaincants lorsqu'il s'agit d'évoluer vers une concentration de l'expertise. Si le Collège ne fait pas de démarche particulière suite à ces plans d'action, il s'agirait d'une manière d'accepter que les mesures prises par les Centres sont suffisantes pour garantir la concentration de l'expertise. Ce qui, selon lui, n'est pas du tout le cas. Les mesures prises au niveau des différentes équipes actives constituent la principale pierre d'achoppement. En effet, les plans d'action ne font pas état du fait que les Centres évoluent vers une concentration de l'expertise (une seule et même équipe pour les différents sites). L'analyse des plans d'action montre en effet qu'il y a encore dans la majorité des Centres des membres différents qui travaillent sur chaque site. Ces configurations ne vont pas dans l'esprit de ce que le Collège avait considéré comme une absolue nécessité à l'époque de la négociation de la convention (//une seule équipe). Malgré le fait que l'article 19 § 5 de la convention prévoit que "(...) Si le Collège des médecins-directeurs conclut de l'analyse du plan d'action que les mesures prises par l'établissement ne permettent pas d'évoluer vers une concentration suffisante de l'expertise, il peut proposer au Comité de l'assurance de dénoncer la convention (...) ou décider de ne pas prolonger la convention au-delà de la date de fin de sa validité (...)", le Collège ne souhaite pas prendre une décision aussi radicale et souhaite encore laisser la possibilité aux Centres de prendre des mesures pour cette concentration de l'expertise et d'en faire état. Le Collège laisse donc aux Centres un délai de 3 mois pour adapter leurs plans d'action à l'esprit de la convention et demande aux Centres de prévoir un timing pour mettre en œuvre les mesures qu'ils vont prendre pour évoluer vers cette concentration de l'expertise. (...) ».

Dans son courrier adressé, notamment, à l'HUDERF le 29 septembre 2015, le Collège précise ce qui suit :

« Le Collège est d'avis que les plans d'action ne font pas état du fait que les Centres évoluent vers une concentration de l'expertise (une seule et même équipe pour les différents sites). L'analyse des plans d'action montre en effet qu'il y a encore dans la majorité des Centres des membres différents qui travaillent sur chaque site et qu'il n'y a pas de perspectives claires pour évoluer à court ou moyen terme vers une concentration de l'expertise. Bien que la convention accepte que dans la phase de démarrage de la convention seuls des médecins travaillent sur plusieurs sites, cette situation n'est pas acceptable à court ou moyen terme. À ce sujet, le Collège constate que la situation n'a pas vraiment évolué entre l'introduction des candidatures et les données que l'on peut tirer des plans d'action. Les configurations par rapport aux équipes en place ne vont pas dans l'esprit de ce que le Collège avait considéré comme une absolue nécessité à l'époque de la

négociation de la convention (/ une seule équipe se déplace sur les différents sites) [...] Des mesures relatives aux réunions d'équipe et aux formations peuvent contribuer à une telle uniformisation, mais de telles mesures ne suffisent pas pour arriver à la situation voulue d'une seule équipe qui se déplace sur les différents sites ».

Le Collège offre dès lors aux centres un délai supplémentaire pour adapter leurs plans d'action. Ce plan doit être communiqué pour le 31 décembre 2015.

5. Le 23 décembre 2015, l'HUDERF communique à l'INAMI son nouveau plan d'action. La mesure complémentaire proposée par ce nouveau plan est que l'HUDERF prévoit que « le personnel médical et paramédical consultera alternativement sur les différents sites afin d'assurer les liens entre eux et afin d'éviter que les équipes ne travaillent de façon isolée ».

6. Lors de sa séance du 11 mai 2016, le Collège des médecins-directeurs constate que les nouveaux plans d'action rendus par les centres signataires mettent en lumière les difficultés pratiques qu'ils ont à fonctionner avec une seule et même équipe (qui doit se déplacer sur les différents sites sur lesquels les activités conventionnelles sont proposées), « alors que les intentions du Collège étaient claires à ce sujet lorsque les centres ont signé la convention ».

Le Collège prend, par ailleurs, connaissance de problèmes relatifs à la mise en place de l'enregistrement à mener en collaboration avec le Collège des médecins pour la mère et le nouveau-né (Section néonatalogie) institué auprès du Service public fédéral (SPF) Santé publique, visé à l'article 18 de la convention 2014. Il relève que les données ne seront pas disponibles au terme initialement prévu par la convention (c'est-à-dire au 31 décembre 2016).

Le Collège prend la décision suivante :

« (...) Au vu du fait que la convention pour le suivi des enfants nés prématurément pose problème dans son application (tant en ce qui concerne les exigences qui ont été posées à la base par le Collège concernant la concentration de l'expertise que l'enregistrement qui doit être mis en place par les Centres conformément à l'article 18 de la convention qu'en ce qui concerne certains points précis de la convention), le Collège décide d'organiser un Conseil d'accord le 22 juin 2016 à 14h30.

Durant ce Conseil d'accord seront donc abordés les points suivants :

- 1) Concentration de l'expertise : difficultés identifiées dans les plans d'action à mettre cela en pratique sur le terrain
- 2) Problématique liée à l'enregistrement
- 3) Autres problèmes qui se posent dans l'application de la convention après

10 mois de fonctionnement

- 4) Perspectives d'avenir pour la convention au-delà du 31 décembre 2016 (date de fin de la convention actuelle)
- 5) Divers. (...) ».

7. Le Conseil d'accord a lieu le 28 juin 2016.

Lors de ce Conseil d'accord, les représentants des centres exposent les raisons pour lesquelles une concentration de l'expertise n'est pas évidente à mettre en œuvre (particulièrement le fait qu'il est matériellement complexe de demander à une équipe de se déplacer fréquemment entre les différents sites).

Le procès-verbal de cette réunion mentionne, à ce propos, ce qui suit :

- « La Présidente a l'impression qu'ils parlent de travail en réseau, mais pas vraiment d'une concentration de l'expertise. Selon elle, cela est différent. Elle se demande quel était le message à l'époque où la convention a été négociée. Madame [L.] rappelle que le Collège avait été clair au démarrage des négociations : il ne voulait pas que 20 candidatures entrent en considération. Il parlait de 8-9 Centres.
- Monsieur [V.] souhaite nuancer ce propos : au départ des négociations, les promoteurs du secteur ont eux-mêmes suggéré de limiter le nombre de Centres. Il n'était pas souhaitable pour eux que chaque NIC ait sa propre convention. Il avait été question de 12 Centres à l'époque. L'INAMI n'était certainement pas contre ce principe à l'époque. C'est plus tard que 7 candidatures ont été introduites. Les candidatures contenaient des propositions de travailler sur plusieurs sites. Le Collège avait donc le sentiment qu'il y avait en pratique 20 Centres distincts. Le Collège avait demandé s'il ne serait pas mieux au final de conclure la convention avec 20 Centres plutôt qu'avec 7 Centres pour lesquels la situation est moins transparente. Les représentants voulaient cependant maintenir le nombre de 7.
- Le Docteur [O.] pense que cela se justifie par la masse critique à atteindre par le Centre ; masse critique qui était relativement élevée (minimum 140 nouveaux patients par an). Gand et Brugge sont 2 grands Centres, mais seuls, ils n'atteindraient pas cette masse critique. Madame [L.] pense que ce chiffre a bien été déterminé par le Collège. Avec un seul NIC, il est impossible d'atteindre ce nombre.
- Monsieur [V.] répond que ce chiffre vient du plaidoyer du secteur de limiter le nombre de Centres. Ce chiffre ne semble pas si élevé si l'on tient compte des 1.800 enfants nés prématurément et si on veut limiter la convention à 12 Centres.
- Le Docteur [N.] demande que l'INAMI fournisse une définition claire de Centre d'expertise. Est-ce qu'une collaboration peut être envisagée aussi ? Est-ce que la définition peut être plus flexible ? Au final, on constate une formidable collaboration. Les plans d'action ont été strictement perçus. Il plaide pour une vision plus étendue d'un Centre expert.
- Le Docteur [Vi.] pense que ce chiffre de 140 nouveaux patients n'est pas une mauvaise chose. Cela a forcé la collaboration. Un suivi commun, uniforme a été mis sur pied aussi. La définition d'un Centre intégré comme étant une seule et même équipe perd tout bénéfice. Une collaboration en réseau peut déjà mener à un très bon travail.
- Le Docteur [Va.] est d'avis que les plans d'action ne doivent pas mener à de la contre productivité. Il est plutôt d'avis qu'il appartient au secteur de déterminer

ce qu'il considère comme minimum pour être considéré comme un Centre expert. Si un travail sur 3 sites est mené, quel est le minimum attendu au niveau de la collaboration, des contacts, etc. ? Il demande aux Centres de venir eux-mêmes avec une proposition.

Le Docteur [Vi.] pense qu'une concertation doit avoir lieu avec tous les Centres pour pouvoir répondre à cette question.

Madame [F.] souhaite rappeler le contexte dans lequel les conventions sont conclues. Elle mentionne que les conventions conclues sont souvent conclues pour un seul site d'un hôpital en particulier. Lorsqu'il est autorisé que la convention est appliquée sur plusieurs sites, des conditions strictes sont imposées. Elle pense que la convention prématurée ne peut pas déroger à ce principe. Soit on applique la convention sur un seul site soit on autorise l'application sur plusieurs sites, mais en posant des exigences à la hauteur de ce que d'autres conventions prévoient aussi. S'il en est autrement, elle craint que cela ne constitue un précédent. Elle ne voit de plus pas comment elle pourra défendre un tel dossier auprès nos instances gestionnaires.

Une proposition émanant des Centres sera envoyée au Collège [...] ».

À l'issue des discussions, il est donc décidé qu'une proposition sera formulée par les centres concernant la notion de « centre intégré » et « centre satellite ».

Quant au problème relatif à l'enregistrement des données (visé à l'article 18 de la Convention), il se confirme que l'encodage n'a pu commencer qu'en janvier 2016 et que la base de données doit encore être améliorée. Il se vérifie qu'il n'y aura pas de rapport annuel pour 2016 et que les premières données ne seront disponibles qu'au mois de mai 2017.

8. Le Collège des médecins-directeurs décide, lors de sa séance du 14 septembre 2016, de proposer au Comité de l'assurance de prolonger la convention jusqu'au 31 décembre 2017. Cette proposition est motivée par la circonstance que « les résultats de toute une année de fonctionnement ne seront [...] connus qu'en mai 2017 » et que ces données sont nécessaires pour mener à bien des négociations et adapter éventuellement le texte de la convention. Le Comité de l'assurance approuve cette proposition en sa séance du 24 octobre 2016.

9. Lors de sa séance du 21 décembre 2016, le Collège des médecins-directeurs prend connaissance de la proposition des sept centres signataires, au sujet de la notion de « centre intégré ».

Cette proposition consiste à proposer une alternative à la notion d'équipe unique au vu de l'impossibilité pour les centres signataires d'arriver à la création d'une équipe unique volante par centre (difficultés liées au trafic, au kilométrage

entre sites, à la perte de temps en déplacement non rémunéré, problèmes linguistiques, nécessité de garder une continuité d'intervenantes depuis le service néonatal, etc.). Afin de garantir l'expertise de chaque site, la proposition alternative prévoit notamment la réalisation d'un minimum de 50 bilans annuels par site.

Le Collège estime que ce qui est proposé par les centres est loin de permettre de répondre à l'objectif fixé initialement (fonctionnement avec une seule et même équipe qui devait se déplacer sur les différents sites), que suffisamment d'opportunités ont été données aux centres signataires pour évoluer vers une concentration de l'expertise, mais que les mesures pratiques n'ont pas été prises en ce sens. Le Collège décide, en conséquence, de réfléchir à de nouvelles modalités de convention au-delà du 31 décembre 2017 et de limiter, à l'avenir, le nombre de centres pour concentrer l'expertise et faire en sorte que la convention ne s'applique que sur un seul site. Il est, à ce stade, déjà mentionné que la limitation du nombre de centres doit se faire en fonction d'une « masse critique à atteindre, avec au moins un centre par province ».

10. Le 9 novembre 2016, l'avenant à la convention de 2014 est signé. Celui-ci étend la durée de validité de la convention jusqu'au 31 décembre 2017.

11. Lors de sa séance du 15 mars 2017, le Collège des médecins-directeurs examine la « note CMD 2017/CEN-46 Erratum du 24 février 2017 – Convention en matière de suivi des enfants nés grands prématurés : Quid de la situation au-delà du 31 décembre 2017 ? » selon laquelle :

« [...] La convention qui a été conclue avec les Centres de suivi arrive à échéance au 31/12/2017.

En pratique, l'on sait que des problèmes se posent dans l'application de cette convention.

En effet, les Centres éprouvent des difficultés à concentrer l'expertise et à s'organiser de manière telle qu'une seule et même équipe se déplace sur différents sites (conditions pourtant imposées par la convention). Il a été demandé aux Centres de réfléchir à la manière dont il pouvait être satisfait à cette condition à l'avenir. Les Centres se sont concertés à ce sujet en date du 13/09/2016. En sa séance du 21 décembre 2016, le Collège des médecins-directeurs a examiné la lettre envoyée par les Centres (lettre datant du 21 septembre 2016) afin de démontrer qu'ils tendent effectivement vers la concentration de l'expertise attendue par le Collège. Le Collège estime que les mesures prises par les Centres sont loin de permettre de répondre à l'objectif fixé initialement. En ce sens, au vu des différentes opportunités qui ont été données aux Centres d'évoluer vers une concentration de l'expertise et du manque de mesure prise à cet égard par les Centres en pratique, le Collège souhaite que des critères précis soient fixés dans une nouvelle mouture de convention afin d'en limiter l'accès.

Le but du présent document consiste à faire une analyse des premières données

disponibles concernant cette convention et à réfléchir aux critères sur base desquels une nouvelle convention pourra être rédigée [...] »

La note fait état des chiffres de production (nombre de bilans) par centre signataire pour l'année 2015 (résultats complets) et pour l'année 2016 (résultats partiels sur neuf mois) ainsi que du nombre d'admissions par service NIC (dont les sorties ont eu lieu en 2014). Sont ensuite évoquées différentes hypothèses (conclure la nouvelle convention directement avec les services NIC, maintenir le système actuel avec des aménagements, obligation de conclure une convention par province).

Le procès-verbal de la réunion du 15 mars 2017 indique ce qui suit :

« Madame [F.] introduit la note.

Monsieur [V.] ajoute que l'on peut effectivement opter pour conclure la convention avec les 19 NICs. Dans ce cas de figure, un problème se poserait en particulier pour la Flandre. Effet, actuellement la convention est conclue entre autres spécifiquement avec le COS Leuven et est appliquée aussi par les COS d'Anvers (convention conclue avec l'UZA) et de Gent (convention conclue avec UZ Gent). Pour remédier à cela, nous pourrions prévoir de conclure la convention avec les NICs (convention conclue entre l'INAMI et le NIC) et les NICs auront la possibilité de s'organiser avec les COS (convention de collaboration à conclure entre le NIC et le COS) pour l'application de la convention.

Appliquer ce système poserait en pratique un problème pour les Provinces du Luxembourg et du Brabant wallon dans lesquelles il n'y a pas de Service NIC. Les Provinces ne seraient donc pas toutes couvertes.

Au départ, l'on sait aussi que les Centres ne trouvaient pas nécessaire de conclure 19 conventions. La concentration de l'expertise n'est pas forcément garantie avec un tel nombre. Les Centres avaient estimé que travailler avec une douzaine de Centres maximum serait suffisant pour couvrir les besoins en termes de suivi des enfants nés grands prématurés. L'on pourrait envisager à cet égard de ne conclure la convention qu'avec les NICs qui prennent en charge le plus de patients qui répondent aux critères de la convention afin d'opérer une sélection.

Le Docteur [Va.] pense en effet qu'en fonction des données disponibles, il serait intéressant de voir quels NICs seraient retenus si l'on travaillait avec un seuil minimum de 100, 120, 140 ou 160 patients qui répondent aux critères de la convention et qui ont été pris en charge dans un NIC. En fonction du seuil déterminé, l'on pourrait voir les NICs qui atteignent effectivement ces nombres et repérer ainsi les Provinces qui seraient couvertes. Étant donné que la convention ne pourrait être appliquée que sur un seul site (ou éventuellement sur plusieurs sites avec des règles très précises), il faut d'office revoir les règles du jeu pour limiter l'accès à cette convention.

La convention actuelle prévoit un seuil minimum à atteindre de 140 patients qui répondent aux critères de la convention et qui ont été hospitalisés dans les NICs avec lesquels le Centre a conclu des contrats de collaboration. Pour atteindre ce chiffre de 140 patients, le Centre peut avoir conclu plusieurs contrats de collaboration avec différents NICs.

Pour la Province du Luxembourg et du Brabant wallon, on peut prévoir des règles spécifiques dans la nouvelle convention [...] ».

Au terme de la séance, le Collège des médecins-directeurs décide de

charger « [...] le service d'élaborer des propositions concrètes en fonction de ce qui a été décidé en séance (à savoir conclure la convention avec les services NIC qui prennent en charge le plus de patients qui répondent aux conditions de la convention) » et que « [c]es propositions devront être soumises au Collège avant de passer au Conseil d'accord ».

12. Lors de sa séance du 7 juin 2017, le Collège des médecins-directeurs examine la « note CMD 2017/CEN-107 du 19 mai 2017– Convention en matière de suivi des enfants nés grands prématurés : Poursuite des discussions au sujet de l'avenir de la convention au-delà du 31 décembre 2016 » selon laquelle :

« (...) Durant [la] dernière séance (15/03/2017), le Collège avait évoqué la possibilité de ne conclure la convention, à partir de 2018, qu'avec les Services NICs et ce, afin d'en limiter l'accès.
[...] la sélection a été opérée sur base des seuls enfants nés à l'hôpital et dont la mère a été hospitalisée dans le même hôpital. [...]
ANALYSE DES DONNÉES STATISTIQUES DES ENFANTS QUI FONT PARTIE DU GROUPE CIBLE DES PATIENTS VISÉS PAR LA CONVENTION ET QUI ONT ÉTÉ PRIS EN CHARGE DANS UN NIC
À la suite de la demande du Collège, le Service a récolté des données supplémentaires (outre les chiffres de production qui ont fait l'objet de la note 2017/46 erratum). Ainsi, sur base des données récoltées auprès du SPF Santé publique, il a été possible de récolter des informations au sujet des patients ayant séjourné en NICs et qui répondent aux conditions de la convention pour le suivi des enfants nés grands prématurés.
Les membres trouveront en annexe 1, les données concernées ainsi que l'analyse y afférente.
Il est demandé aux membres de tirer les conclusions nécessaires et de déterminer les pistes qui semblent être les plus appropriées en ce qui concerne des modalités futures de conclusion de la convention. (...) »

La note ajoute aux chiffres de production déjà fournis les données récoltées dans le rapport annuel 2017 (portant sur les données enregistrées par centre signataire du 1^{er} janvier 2016 au 31 décembre 2016) ainsi qu'une analyse des chiffres transmis par le SPF Santé publique. Ces derniers renseignent, pour les années 2011 à 2014, le nombre de patients par service NIC qui ont été pris en charge pendant l'année concernée et qui répondent aux critères de la convention pour le suivi des enfants nés grands prématurés. L'attention y est attirée sur le fait qu'aucune donnée n'est disponible pour le service NIC de l'HUDERF. Néanmoins, plusieurs scénarii sont établis de conclusion de conventions avec les services NIC, avec des seuils de 50, 55, 60, 70, 80 et 100 patients. Il est constaté que, quel que soit le scénario retenu, les provinces du Luxembourg et du Brabant ne sont pas couvertes, puisqu'elles ne disposent pas de service NIC. Quant à la province de Namur, il est précisé que le nombre de patients pris en charge n'est que de

45 patients et qu'à moins de faire une exception, elle ne sera pas non plus couverte par une convention. Est finalement évoquée la possibilité de maintenir la situation actuelle avec des aménagements.

Le Collège des médecins-directeurs relève d'emblée que les données récoltées ne permettent pas de rendre compte du nombre de patients qui ont séjourné dans chaque service NIC et qui répondent aux critères d'inclusion dans le cadre de la convention de 2014. L'extrait du procès-verbal de la réunion renseigne, à ce propos, ce qui suit :

« [...] Madame [F.] rappelle aux membres que la sélection sur base de laquelle les données statistiques ont été tirées a été opérée par le SPF Santé publique sur base des enfants nés dans le même hôpital que celui où la mère a été hospitalisée. Ainsi, étant donné que l'hôpital dans lequel est situé le NIC de l'HUDERF ne dispose pas de Service de maternité, les données concernant ce NIC sont absentes de l'annexe 1. Madame [F.] dit qu'il faut donc interpréter avec prudence les données qui figurent en annexe 1 de la note étant donné que les données ne reflètent pas ce qui était attendu au départ ; à savoir le nombre d'enfants qui ont séjourné dans un NIC et qui correspondent aux critères d'inclusion de la convention pour le suivi des enfants nés prématurément (peu importe le lieu où a accouché la maman). On ne peut donc pas tirer de conclusion sur le seuil de patients que devrait atteindre le NIC pour pouvoir conclure la convention prématurés. En pratique, le nombre d'enfants sera plus élevé que les chiffres mentionnés dans la note si l'on tient compte du nombre d'enfants qui ont séjourné dans un NIC et qui correspondent aux critères d'inclusion de la convention prématurés. Mais il est impossible de dire dans quel ordre de grandeur se situe cette différence.

Madame [F.] informe les membres que les chiffres exacts ont été demandés au SPF Santé publique. Cependant, elle ne connaît pas le délai endéans lequel ce Service réagira.

Madame [F.] invite ensuite les membres du Collège à se concentrer sur le tableau qui figure à la page 12 de la note qui reprend la liste des NICs qui entreraient en considération en fonction de différents seuils de patients à prendre en charge par le NIC qui répondent aux critères de la convention prématurés pour pouvoir conclure la convention prématurés. Ce tableau montre qu'au-delà d'un seuil qui serait fixé à 60 patients, plusieurs NICs n'entreraient plus en considération pour la conclusion de la convention ; ce qui aurait pour conséquence que certaines Provinces ne seraient alors plus couvertes du tout (3 Provinces ne seraient plus couvertes). Déjà avec un seuil à 50 patients, la Province de Namur n'aurait plus de NIC puisque le NIC du CHR de Namur n'a pris en charge que 45 patients. Cela démontre que si l'on veut couvrir l'ensemble des Provinces, le seuil fixé devra être très bas. Encore une fois, Madame [F.] rappelle qu'il ne faut pas tirer de conclusions trop hâtives au vu du fait que les données ne correspondent pas à ce qui avait été demandé au départ.

Le Service a alors réfléchi à plusieurs pistes possibles qui pourraient constituer la base pour la conclusion d'une nouvelle convention qui viserait à concentrer l'expertise et à limiter, par la même, le nombre de sites sur lesquels les activités conventionnelles pourront être proposées :

- Limiter l'accès à la convention aux hôpitaux dont les NICs atteignent effectivement un seuil de patients (encore à fixer) qui répondent aux conditions de la convention prématurés;

- Dans le cas où il n'y a pas d'hôpital dont le NIC répond au seuil fixé dans une certaine Province => prendre en considération l'hôpital qui dispose d'un NIC qui a pris en charge le nombre le plus élevé de patients qui répondent aux critères de la convention prématurés dans cette Province;
- Dans le cas où une Province ne dispose pas de NIC => antenne possible via la conclusion d'un avenant avec un hôpital d'une autre Province qui dispose de la convention prématurés;
- L'équipe qui travaillera au sein de l'antenne devra aussi travailler au sein du siège principal de l'hôpital qui aura conclu la convention prématurés;
- Toutes les disciplines doivent être représentées au sein de l'antenne;
- Une antenne au maximum [...] sera autorisée par hôpital qui aura conclu la convention;
- Un meilleur remboursement des prestations sera réalisé pour les prestations effectuées au sein de l'antenne afin de couvrir les frais de déplacement;
- Dans le cas où 2 hôpitaux répondent aux conditions pour conclure la convention parce que leurs NICs atteignent effectivement le seuil qui aura été fixé fusion possible dans le cadre de la convention (dans le cas où les 2 hôpitaux préfèrent [...] travailler avec un Centre commun) => pas d'obligation en ce qui concerne le fait que tous les membres de l'équipe doivent travailler sur chacun des 2 sites;
- Limiter l'accès à la convention à 12 Centres ? (Antennes non comprises ?);
- L'hôpital qui aura conclu la convention pour le suivi des prématurés pourra déléguer les activités conventionnelles à un COS.

[...]

Un Conseil d'accord a été fixé au 13 juin 2017. Au vu du fait que les données statistiques attendues ne sont pas les données souhaitées et au vu du fait que le Collège n'a pas pu examiner les nouveaux critères sur base desquels la convention sera rédigée à partir de 2018, le Conseil d'accord est reporté.

[...]

D'ici là, Madame [F.] suggère de revenir avec les bons chiffres de la Santé publique et de rédiger une note conceptuelle avec laquelle nous pourrions aller en Conseil d'accord. Cette note conceptuelle reprendra de manière claire les différents principes qui seront retenus pour l'élaboration d'une nouvelle convention d'application à partir de 2018.

[...]

Les membres sont d'accord avec la proposition formulée par Madame [F.] ».

13. Lors de sa séance du 14 juin 2017, le Collège des médecins-directeurs est informé du fait qu'il n'est pas possible d'obtenir des services administratifs du SPF Santé publique les données souhaitées (nombre de patients ayant séjourné dans un service NIC et répondant aux critères d'inclusion de la convention pour le suivi des enfants nés prématurément). Le Collège des médecins-directeurs décide alors de demander ces informations via le Collège mère-enfant institué auprès du SPF Santé publique.

14. Lors de sa séance du 26 juillet 2017, le Collège des médecins-directeurs apprend qu'il n'est pas possible, pour le Collège mère-enfant, de transmettre les données souhaitées par service NIC, s'agissant de données à propos desquelles les établissements concernés souhaitent maintenir leur anonymisation.

Le Collège des médecins-directeurs décide alors de faire appel à l'Agence Intermutualiste (AIM). Il réaffirme sa volonté de limiter la conclusion de conventions avec les services NIC les plus importants et d'avoir au moins un centre (ou une antenne) par province. Le résultat de la recherche AIM est attendu pour novembre 2017.

15. Lors de sa séance du 2 août 2017, le Collège des médecins-directeurs décide de proposer au Comité de l'assurance une prolongation de la convention jusqu'au 30 juin 2018, cette période devant être mise à profit pour analyser les données chiffrées attendues de l'AIM et pour mettre en place les négociations au sujet des modalités futures d'une nouvelle convention.

16. Par courriel du 8 septembre 2017, l'AIM envoie à l'INAMI un premier projet d'analyse. La fiche finale est transmise à l'INAMI par courriel du 18 septembre 2017.

17. Le 4 décembre 2017, le Comité de l'assurance prend connaissance de la note « CSS 2017/371 du 6 novembre 2017 » selon laquelle :

- « En annexe 1 à la présente note, les membres trouveront un projet d'avenant qui règle la prolongation de la convention en matière de suivi des enfants nés grands prématurés.
Il est proposé au Comité de l'assurance de prolonger la convention jusqu'au 30 juin 2018.
En annexe 2 à la présente note, les membres trouveront le rapport annuel rendu au nom du Collège mère-enfant et des centres de suivi portant sur les données de 2016.
En annexe 3 à la présente note, les membres trouveront la liste des experts qui seront conviés à participer aux négociations sur une nouvelle mouture de convention (qui entrera en vigueur après le 30 juin 2018 – cf. rubrique Motivation ci-dessous). Il s'agit en pratique des représentants des Centres de suivi des enfants nés prématurément qui sont membres du Conseil d'accord.
Cette liste est communiquée au Comité de l'assurance en application des dispositions de l'article 22 § 6° de la Loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994. Selon ces dispositions, le Comité de l'assurance peut modifier cette liste en désignant d'autres experts ou en ajoutant des experts supplémentaires à la liste.
Nous proposons dès lors que les membres du comité qui souhaitent ajouter des experts le communiquent par l'envoi d'un mail à l'adresse reeducation@inami.fgov.be ou à l'adresse CGVCSS@riziv.fgov.be.
En annexe 4, les membres trouveront un projet de formulaire de demande d'intervention adapté à introduire dans le cadre de la convention pour le suivi des enfants nés prématurément. Ce formulaire contient, par rapport à l'ancienne version du formulaire, la mention de la date de la première intervention des membres de l'équipe.

[...]

Motivation :

1) Prolongation de la convention jusqu'au 30 juin 2018 :

La convention qui a été conclue avec les Centres de suivi des enfants nés grands prématurés [...] arrive à échéance au 31 décembre 2017.

Il est demandé au Comité de l'assurance de prolonger la convention au vu du fait que le Collège des médecins-directeurs est encore en attente de certaines données chiffrées nécessaires à la poursuite des négociations vers une nouvelle mouture de convention.

En effet, l'application de la convention sous sa forme actuelle ne donne pas suffisamment de garanties au Collège des médecins-directeurs que l'expertise est bien concentrée. Néanmoins, le signal était clair dès la conclusion de la convention : il fallait que les centres concentrent davantage l'expertise (cf. article 4 et article 19 de la convention).

Jusqu'à présent, le Collège n'est pas satisfait des efforts de concentration de l'expertise qui ont été réalisés par les centres ; raison pour laquelle il envisage de modifier la convention sur certains points. Pour élaborer concrètement ces modifications, le Collège attend encore des données de l'[AIM] dont l'INAMI ne dispose pas encore pour le moment suite au fait qu'il s'agit (entre autres) d'anciennes données. Lorsque le CMD disposera des données souhaitées, la concertation sur les nouvelles modalités de la convention pourra débuter dans le cadre du Conseil d'accord.

2) Rapport annuel

[...]

3) Adaptation du formulaire d'intervention

[...] ».

L'annexe 3 de la note reprend la « [l]iste des membres du Conseil d'accord : experts » qui sont les représentants de chacun des sept centres parties à la convention de 2014.

Il ressort de l'extrait de procès-verbal de la séance du 4 décembre 2017 que le Comité de l'assurance :

- « - approuve le projet d'avenant (annexe 1) et ensuite conclut l'avenant;
- prend connaissance du contenu du rapport annuel (annexe 2);
- approuve le formulaire de demande (annexe 3) ».

18. Le 4 janvier 2018, un deuxième avenant à la convention de 2014 est signé. Cet avenant prolonge, une nouvelle fois, la convention jusqu'au 30 juin 2018.

19. Lors de sa séance du 24 janvier 2018, le Collège des médecins-directeurs examine la note « CMD 2018/CEN-19 » du 18 janvier 2018 intitulée « Analyse les données AIM demandées dans le cadre de la convention pour le suivi des enfants nés grands prématurés et poursuite des discussions », selon laquelle :

- « Sur base des données transmises par l'[AIM], il n'est pas possible de connaître le nombre de patients pris en charge par Service NIC qui répondent aux conditions de la convention pour le suivi des enfants nés prématurés (/ce qui a été pris

comme base à l'époque pour travailler sur base d'un seuil de patients à atteindre par Service NIC //cf. note 2017/107).

Les données [AIM] (2^{ème} partie des tableaux : Tableaux 2.#) permettent de savoir le nombre de patients différents qui, dans le courant de l'année de prestation concernée, ont été admis au moins un jour dans un service NIC et qui, après leur admission dans le service NIC, ont bénéficié d'une prestation de bilan dans le cadre de la convention pour le suivi des enfants nés prématurément. Il s'agit donc des patients qui ont eu effectivement une prestation de bilan ; et non des patients qui répondent aux conditions de la convention et qui peuvent dès lors, potentiellement, en bénéficier.

À ce sujet, le tableau 2B qui figure en partie 2 du document annexé à la présente note (annexe 1) montre que sur 5016 patients admis au moins un jour en Service NIC en 2015, 979 patients ont bénéficié d'une prestation de bilan dans le cadre de la convention.

Tenant compte de ce tableau, on peut partir sur plusieurs scénarios (cf. annexe 2 à la présente note). »

Le tableau 2B de l'annexe 1 indique « [p]ar hôpital et par année de prestation : le nombre de patients différents qui, au cours de l'année de prestation ont été admis au minimum 1 jour dans le service NIC de l'hôpital et qui, après leur date d'admission en NIC ont eu [...] une prestation de bilan ». Ces données donnent notamment les résultats suivants, concernant les services NIC du CHU Saint-Pierre, de l'UZ Brussel et de l'HUDERF :

Service NIC concerné	2014 (01/09-31/12)	2015 (01/01-31/12)	2016 (01/01-30/06)
CHU Saint-Pierre	22	37	16
UZ Brussel	16	43	15
HUDERF	21	35	19

Dans l'annexe 2 qui analyse ces données, il est proposé de se baser uniquement sur l'année 2015 qui est la seule à couvrir une année complète. Plusieurs scénarii de conclusion de conventions avec les services NIC sont établis avec des seuils de 35, 40, 45, 50, 55, 60, 70, 80, 100, et 120 patients. Il est, à nouveau, constaté que les provinces de Luxembourg et de Brabant wallon ne disposent pas de service NIC. Le service NIC de la requérante n'est pris en compte que dans le scénario avec un seuil de 35 patients, impliquant qu'au total, 15 services NIC pourraient conclure une convention. Avec un seuil de 40 patients, le service NIC de la partie requérante n'est plus pris en compte. Dans cette hypothèse, la province de Namur n'est également plus couverte, puisque le seul service NIC qui existe dans cette province n'a pris en charge que 36 patients qui ont bénéficié d'une prestation de bilan dans le cadre de la convention pour le suivi des enfants nés prématurément. La possibilité est, à nouveau, évoquée, dans la note, de maintenir le système actuel, avec des aménagements.

Sur la base de ces éléments, le Collège des médecins-directeurs décide de prendre en considération le seuil de 40 patients qui, au cours de l'année de prestation 2015, ont été admis au minimum un jour dans le service NIC de l'hôpital et qui, après leur admission, ont eu une prestation de bilan. Ce seuil minimum est justifié par la nécessité de garantir une expertise au sein des centres. Le Collège décide toutefois de prévoir une dérogation pour couvrir la Province de Namur (qui dispose d'un service NIC qui n'atteint pas le seuil de 40 patients). De cette manière, 11 services NIC pourront prétendre à la conclusion de la nouvelle convention afin de couvrir toutes les Provinces au sein desquelles est implanté un service NIC. Pour éviter l'entrée d'autres centres dans la convention, il est précisé que sont pris en considération les services NIC qui en 2015 remplissaient les critères précités. Le procès-verbal de la séance du 24 janvier 2018 indique encore qu'une note conceptuelle concernant la nouvelle convention sera rédigée en vue du Conseil d'accord du 27 mars 2018.

20. Le 14 mars 2018, le Collège des médecins-directeurs approuve une note conceptuelle pour le Conseil d'accord prévu le 27 mars 2018.

Cette note reprend « les principes qui serviront à l'élaboration d'une nouvelle convention [...] ». Pour chaque article de la convention de 2014, il est indiqué si des modifications sont envisagées et des propositions sont élaborées. Concernant les nouvelles modalités d'accès à la convention (en ce compris le seuil de 40 patients décidé lors de la séance du 24 janvier 2018) et la possibilité de son application sur un autre site que le site principal, la note prévoit, à ce propos, ce qui suit :

« [...] Au vu du fait que les exigences posées par la convention en ce qui concerne la concentration de l'expertise (une même équipe se déplace sur les différents sites) ne sont pas rencontrées, le Collège des médecins-directeurs souhaite revoir les modalités conventionnelles d'accès à la convention :

NOUVELLE PROPOSITION

L'accès à la convention pour le suivi des enfants nés prématurément (au-delà du 30/06/2018) sera donné aux hôpitaux qui disposent d'un service NIC.

Pour pouvoir prétendre aux bénéfices de la convention (// conditions d'accès à la convention), seuls les NICs qui comptent au moins 40 patients différents qui, dans le courant de l'année 2015, ont été admis au moins un jour dans un Service NIC et qui, après leur admission dans le Service NIC, ont bénéficié d'une prestation de bilan dans le cadre de la convention pour le suivi des enfants nés prématurément jusqu'au 30 juin 2016 au maximum (qui ont été comptabilisés jusqu'au 31 mars 2017) pourront avoir accès à la convention pour le suivi des enfants nés prématurément au-delà du 30 juin 2018. La convention pour le suivi des enfants nés prématurément se limiterait donc aux seuls Services NICs qui répondent à ces conditions. La porte ne sera pas laissée ouverte pour conclure des conventions supplémentaires à l'avenir.

Concrètement, cela veut dire que [les] seuls NICs suivants seraient concernés (*) :

- Bruxelles : NIC de l'hôpital Érasme
- Bruxelles : NIC des Cliniques universitaires Saint-Luc
- Bruxelles : NIC de l'UZ Brussel
- Hainaut : NIC du CHU de Tivoli
- Liège : NIC du CHR La Citadelle
- Flandre orientale : NIC UZ Gent
- Flandre occidentale : NIC UZ Brugge
- Brabant flamand : NIC UZ Leuven
- Limburg : NIC Oost Limburg
- Anvers : NIC UZA

* Rappel : Pas de Service NIC dans les Provinces de Luxembourg et du Brabant wallon.

Pour les Provinces qui ne sont pas couvertes par une convention en vertu de ce seuil, mais qui disposent d'au moins un service NIC (Province de Namur), des exceptions pourront être autorisées (le NIC qui, dans la Province non couverte, prend en charge le plus d'enfants qui répondent aux critères mentionnés ci-dessus pourra avoir accès à la convention pour le suivi des enfants nés prématurément). Par conséquent, dans ce cas de figure, pour la Province de Namur, le NIC du CHR de Namur pourrait accéder à la convention.

Étant donné qu'il n'y a pas de Service NIC dans les Provinces du Luxembourg et du Brabant wallon, il n'y aura pas d'accès à la convention pour le suivi des enfants nés prématurément pour les hôpitaux de ce[s] province[s] ; sauf dans le cas où un centre de suivi conventionné crée une antenne dans cette province.

Les NICs qui reçoivent alors la possibilité de conclure la convention pour le suivi des enfants nés prématurément (en pratique les 11 NICs mentionnés ci-dessus) auraient alors 3 possibilités :

- 1) L'hôpital dans lequel est implanté le Service NIC peut effectivement conclure la convention pour le suivi des enfants nés prématurément directement. Dans le cas où l'hôpital dans lequel est implanté le Service NIC conclut effectivement la convention, cela suppose que les activités conventionnelles réalisées dans le cadre de la convention pour le suivi des enfants nés prématurément se fassent dans les locaux de cet hôpital par une équipe spécialement dédiée au suivi des enfants nés prématurément. Outre l'application de la convention sur le siège principal du centre de suivi qui sera conventionné, la convention ne pourra être appliquée, en plus du site du siège principal du centre de suivi, que seulement sur UN autre site d'un hôpital qui dispose également d'un Service NIC (sauf dans le cas où pour une Province concernée, il n'y a pas de Service NIC ; dans ce cas, la convention pourra être appliquée uniquement sur le site d'un hôpital ou d'une polyclinique de la Province non couverte par un NIC) et ce, moyennant les conditions suivantes :

→ Les 2 institutions doivent avoir conclu un contrat de collaboration (qui détermine les modalités pratiques qui seront d'application) ; ce contrat est à soumettre au préalable au Collège des médecins-directeurs ;

→ Le Collège des médecins-directeurs a donné son accord au préalable ;

→ Aucune activité conventionnelle ne pourra se faire sur les 2 sites simultanément (plages horaires différentes sur chaque site) ;

→ Les activités sur les 2 sites doivent être réparties de manière claire ;

→ L'équipe complète doit se déplacer sur le site.

L'équipe du centre de suivi des enfants nés prématurément devra (sur un ou 2 sites maximum s'il travaille avec une antenne) être à même de prendre en charge les patients qui répondent aux conditions de la convention et qui viendraient du Service NIC de l'hôpital qui a conclu la convention, du

- Service NIC de l'hôpital sur lequel peut également s'appliquer la convention (antenne) ou des autres Services NICs de cette Province et des autres hôpitaux de cette Province voir d'une autre Province.
- 2) Spécialement pour les COS : l'hôpital dans lequel est implanté le Service NIC ne souhaite pas conclure la convention pour le suivi des enfant nés prématurément directement, mais souhaite « déléguer » à un COS. Dans ce cas, la convention sera conclue formellement avec le COS en question [...]
 - 3) L'hôpital dans lequel est implanté le Service NIC ne souhaite pas conclure la convention directement et ne souhaite pas déléguer ce pouvoir : dans ce cas, la convention pour le suivi des enfants nés prématurément pourra être conclue avec un autre NIC de la Province concernée (celui qui aura pris en charge le plus de patients qui répondent aux conditions mentionnées plus haut dans le texte//conditions d'accès à la convention).
- La convention ne pourra quoi qu'il en soit pas être appliquée sur plus d'une antenne (en plus du siège principal) [...] ».

Lors de la séance du Collège des médecins-directeurs, il est souligné que la note n'est qu'un texte préliminaire sur la base duquel les discussions du Conseil d'accord peuvent être menées.

21. Par courriel du 22 mars 2018, la note conceptuelle est envoyée aux membres du Conseil d'accord, en vue de la réunion prévue le 27 mars 2018. La représentante de la partie requérante figure parmi les destinataires de ce courriel.

22. Le Conseil d'accord a lieu le 27 mars 2018. Lors de ce conseil, la représentante de la partie requérante est présente.

Il ressort du procès-verbal de cette réunion que la note conceptuelle est analysée et fait l'objet de débats. Concernant les critères d'accès à la convention, il est mentionné ce qui suit :

- « [...] Madame [F.] reprend les dispositions qui sont actuellement prévues par la convention et passe en revue les nouveaux principes qui seront d'application dans le cadre de la nouvelle convention (conditions d'accès à la convention et maintien de la convention)
- Remarques formulées par les représentants du secteur :
- Les Centres se disent étonnés par rapport au fait que les NICs de l'HUDERF, du CHU de Charleroi, du CHU Saint-Pierre et de Rocourt n'atteignent pas le seuil de 40 patients.
- Réactions du Service / du CMD :
- Il s'agit en réalité d'une combinaison de conditions qui doivent être remplies en même temps :
- o Compter au moins 40 patients différents ET
 - o Ayant été admis au moins un jour en NIC ET
 - o Qui ont bénéficié d'une prestation de bilan en convention suivi prématurés jusqu'au 30/06/2016 ET
 - o Qui ont été comptabilisés jusqu'au 31/03/2017
- Si une des conditions n'est pas remplie par un patient, il ne peut pas être tenu compte de ce patient pour arriver au seuil de 40 patients minimum.

→ Réaction des représentants du secteur :

- Il y a eu un long délai qui s'est écoulé dans la facturation des prestations aux mutualités
- [...]
- Problème pour Bruxelles : Actuellement, la convention pour le suivi des prématurés conclue avec l'HUDERF regroupe 3 NICS (CHU Saint-Pierre, UZ Brussel et HUDERF). Sur base de la proposition → seul un seul NIC sur les 3 pourrait prétendre à la convention (UZ Brussel). Concrètement, UZB ne pourra pas avoir une antenne à Saint-Pierre ou à l'HUDERF pour des raisons linguistiques et ne pourrait pas absorber les patients de l'HUDERF et de Saint-Pierre (pour info : réseau IRIS : 10.000 naissances/an). Quoiqu'il en soit, il serait difficile pour l'UZB de prendre en charge des patients FR qui viennent des autres NICs FR. De plus, côté FR à Bruxelles, les NICs d'Érasme et de Saint-Luc pourront accéder à la convention ; ce qui est peu pour une telle région à couvrir (patients de l'HUDERF, de Saint-Pierre et EC devront pouvoir aussi être pris en charge dans ces services NICs conventionnés [...])

→ Réaction du Service/CMD

Il est question d'une manière de réorganiser le travail par rapport à ce qui est mis en place actuellement dans le cadre de la convention. Il n'est donc pas question d'absorber, mais de réorganiser.

→ Réactions des représentants du secteur :

- Ce qui pose problème en réalité, c'est la limitation sur 2 sites par convention ;
- Sur base de la proposition, il n'y aura que 5 NICs FR qui pourraient avoir accès à la convention (sur 13 NICs ?) → Illogique ;
- [...]
- Nécessité de revoir les chiffres 2015 = année test = pas représentatif

→ Réactions du Service/CMD :

[...]

- Une équipe qui se déplace sur tous les sites : but de la nouvelle convention et ce vers quoi nous avons toujours voulu évoluer.

En ce qui concerne la révision des chiffres, si nous donnons l'occasion de modifier les chiffres à quelques centres, l'occasion devra être donnée à tous les centres et cela pourrait compromettre tous les principes sur base desquels le Collège a mené sa réflexion.

Les représentants du secteur étaient bien conscients du fait que le Collège voulait évoluer vers cette concentration de l'expertise. Les règles du jeu étaient connues depuis le départ de la convention en 2014. Le modèle qui est proposé ici tend effectivement vers cette concentration de l'expertise attendue. Le Collège n'exclut en principe pas qu'une fonction soit exercée par plusieurs thérapeutes pour maintenir une continuité des soins.

Ce qui est proposé maintenant c'est que l'hôpital qui aura conclu la convention pourra décider avec quel autre hôpital il va collaborer pour construire une antenne. Le Collège approuvera ou non le choix de l'antenne, mais la proposition devra émaner de l'hôpital qui aura conclu la convention [...] ».

La conclusion sur ce point est la suivante :

- « - Accord de fond sur le modèle proposé (conclusion de la convention avec un NIC et délégation du pouvoir de conclure la convention à un COS)
- Problème Liège / Luxembourg et Namur : à réexaminer par le CMD
- Problème pour Bruxelles (et le Hainaut ?) : à réexaminer par le CMD
- Problème logistique sur certains sites : CMD est moins enthousiaste par rapport

à cet argument ».

Les autres points du projet de nouvelle convention sont également discutés lors de cette réunion (bénéficiaires, but de l'établissement, fonctionnement multidisciplinaire et dossier individuel, programme de suivi, équipe multidisciplinaire, demande d'intervention, prestations remboursables, prix des prestations et modalités de facturation, règles de cumul, chiffres de production et comptabilité, conseil d'accord, *Peer review*, dispositions générales et durée de validité de la convention).

Un rapport de la réunion est également rédigé par les représentants des centres et parvient à la requérante. Celle-ci déclare qu'il s'agit de l'unique document dont elle disposait au moment de l'introduction de son recours. Ce document confirme que les principes de la nouvelle convention sont discutés, article par article. Quant aux conditions d'accès, il est mentionné ce qui suit :

« Art. 4 Établissement

CONVENTION ACTUELLE

Actuellement, la convention prévoit (en son article 4) que l'établissement peut réaliser ses activités conventionnelles sur plusieurs sites moyennant le respect de certaines conditions [...]

Sur base des dispositions actuelles, l'établissement doit avoir également conclu au préalable un contrat de collaboration avec au moins un Service NIC [...]

→ Pour pouvoir prétendre au bénéfice de la convention : l'établissement doit avoir conclu des contrats de collaboration avec des Services NICs dont le total des nourrissons, nés dans une même année calendrier et qui répondent aux critères de l'article 2 de la convention et qui ont été hospitalisés dans le Service NIC depuis leur naissance, s'élève à un minimum de 140.

→ Pour conserver le bénéfice de la convention : l'établissement doit prendre en charge un minimum de 100 nouveaux bénéficiaires différents par année calendrier.

L'article 19 prévoit des dispositions spécifiques sur base desquelles l'établissement s'engage, en cas de travail sur plusieurs sites, qu'une seule et même équipe se déplace sur tous les sites. Cependant, de manière transitoire, il est autorisé que seul le médecin se déplace sur les autres sites. En outre, les parties signataires de la convention s'engagent à ce que les établissements évoluent vers une concentration de l'expertise et prennent toute une série de mesures permettant d'évoluer vers cette concentration.

Au vu du fait que les exigences posées par la convention en ce qui concerne la concentration de l'expertise (une même équipe se déplace sur les différents sites) ne sont pas rencontrées, le Collège des médecins directeurs souhaite revoir les modalités conventionnelles d'accès à la convention :

NOUVELLE PROPOSITION

L'accès à la convention pour le suivi des enfants nés prématurément (au-delà du 30/06/2018) sera donné aux hôpitaux qui disposent d'un service NIC.

→ Pour pouvoir prétendre aux bénéfices de la convention (// conditions d'accès à la convention), seuls les NICs qui comptent au moins 40 patients différents qui, dans le courant de l'année 2015, ont été admis au moins un jour dans un service

NIC et qui, après leur admission dans le Service NIC, ont bénéficié d'une prestation de bilan dans le cadre de la convention pour le suivi des enfants nés prématurément jusqu'au 30 juin 2016 au maximum (qui ont été comptabilisés jusqu'au 31 mars 2017) [...] pourront avoir accès à la convention pour le suivi des enfants nés prématurément au-delà du 30 juin 2018. La convention pour le suivi des enfants nés prématurément se limiterait donc aux seuls Services NICs qui répondent à ces conditions. La porte ne sera pas laissée ouverte pour conclure des conventions supplémentaires à l'avenir.

Concrètement, cela veut dire que seuls les NICs suivants seraient concernés (*) :

- Bruxelles : NIC de l'hôpital Erasme
- Bruxelles : NIC des cliniques universitaires Saint-Luc
- Bruxelles : NIC de l'UZ Brussel
- Hainaut : NIC du CHU de Tivoli
- Liège : NIC du CHR La Citadelle
- Flandre orientale : NIC UZ Gent
- Flandre occidentale : NIC UZ Brugge
- Brabant flamand : NIC UZ Leuven
- Limbourg : NIC Oost Limburg
- Anvers UZA

(*) Rappel : Pas de Service NIC dans les provinces de Luxembourg et du Brabant wallon.

Pour les Provinces qui ne sont pas couvertes par une convention en vertu de ce seuil, mais qui disposent d'au moins un service NIC (Province de Namur), des exceptions pourront être autorisées (le NIC qui, dans la Province non couverte, prend en charge le plus d'enfants qui répondent aux critères mentionnés ci-dessus pourra avoir accès à la convention pour le suivi des enfants nés prématurément). Par conséquent, dans ce cas de figure, pour la Province de Namur, le NIC du CHR de Namur pourrait accéder à la convention.

Étant donné qu'il n'y a pas de Service NIC dans les Provinces du Luxembourg et du Brabant wallon, il n'y aura pas d'accès à la convention pour le suivi des enfants nés prématurément pour les hôpitaux de ce[s] province[s] ; sauf dans le cas où un centre de suivi conventionné crée une antenne dans cette province.

Les NICs qui reçoivent alors la possibilité de conclure la convention pour le suivi des enfants nés prématurément (en pratique les 11 NICs mentionnés ci-dessus) auraient alors 3 possibilités : [...]

Discuté lors du conseil d'accord :

- Tout d'abord, des questions sont posées sur l'origine de ces chiffres et sur la façon dont ces centres NIC ont été déterminés.
 - o Il s'agit du nombre de fichiers facturés à l'INAMI. Ces chiffres ont été demandés à l'agence intermutuelle. Donc, cela n'est pas basé sur le nombre de bilans qui ont été saisis dans la base de données.
 - o Les centres doivent [répondre] aux 3 conditions telles que décrites dans la proposition.
 - o Il est rapporté qu'en 2015, il y a eu d'énormes retards à l'INAMI pour l'approbation des dossiers.
 - o Le collège souligne que la limite de 40 bilans a été spécifiquement fixée très basse pour assurer que les centres puissent atteindre le nombre nécessaire (malgré les éventuels retards)
 - o Certains centres sont convaincus qu'ils répondraient à ces conditions (par exemple Saint-Pierre et Rocourt). À Bruxelles, Erasme a été sélectionné alors que l'HUDERF et Saint-Pierre ont plus de patients admis aux NIC.
 - o D'un autre côté, certains centres sont désavantagés avec le nouveau système. D'énormes efforts ont été faits pour coopérer avec d'autres sites et par conséquent des enfants étaient régulièrement envoyés sur d'autres sites. [Par] conséquent, ils sont maintenant désavantagés, car le nombre de bilans

- exécutés pour leur propre site est donc inférieur.
- Le Collège demande s'il existe un accord général sur le principe. Si tel est le cas, il est ensuite possible de vérifier quels centres sont éligibles à la convention sur la base de ces nouvelles règles.
- Le Collège réexaminera les chiffres pour voir quels centres NIC seraient effectivement admissibles
- À Bruxelles, il y a le problème de la barrière de la langue. Par conséquent, l'UZ Brussel ne peut pas envoyer d'enfants dans d'autres centres francophones ou vice versa. Cela signifie que l'UZ Brussel ne peut en principe pas assurer le suivi d'une autre NIC francophone.
Mais à Bruxelles, il existe 5 services NIC francophones, mais seulement 2 conviennent aux critères. Selon la nouvelle proposition dont chaque NIC pourrait n'avoir qu'un site en plus, cela fait qu'un NIC serait exclu du *follow-up*.
- Le Collège avoue le problème et se penchera sur cette question.
[...]
- Avec ce nouveau système, certains sites devront obligatoirement disparaître
[...]
- Le Collège souligne qu'il était très clair dès le début que l'INAMI veut évoluer vers moins de centres, pour centraliser l'expertise. Ceci n'est pas une nouvelle information. Sur la base de cette nouvelle proposition, l'intention est de continuer à évoluer dans cette direction.
[...]
- 4. Conclusion
- Le Collège des médecins-directeurs délibérera sur les arguments cités pendant le conseil d'accord et élaborera une nouvelle proposition
- Cette proposition sera envoyée aux centres concernés, des remarques pourront être envoyées dans un court délai
- La nouvelle proposition devra ensuite être approuvée par le Comité d'assurance
- Si cela est en ordre, les centres concernés seront invités à signer la convention
- Cette procédure devra être effectuée avant le 1^{er} juillet 2018 ».

23. Lors de la séance du Collège des médecins-directeurs du 18 avril 2018, celui-ci examine le procès-verbal de la réunion du 27 mars 2018 de la réunion du Conseil d'accord. Il lui est demandé :

- « de se prononcer spécifiquement sur les points suivants :
- Problème Liège / Luxembourg et Namur : à réexaminer par le CMD
 - Problème pour Bruxelles (et le Hainaut ?) : à réexaminer par le CMD
 - Problème logistique sur certains sites (CMD est moins enthousiaste par rapport à cet argument)
 - Règle de cumul (problématique des kinés soulevée en conseil d'accord)
 - *Peer review* : pour chaque type de bilan : les dates des consultations par type de bilan, les disciplines concernées et le temps investi pour chaque consultation → Travailler avec un échantillon ? ».

Quant à la situation de Bruxelles, le procès-verbal de la réunion du Collège renseigne ce qui suit :

- « Le Collège est d'avis que les possibilités qu'offrent les nouveaux principes devraient pouvoir suffire.

En effet, 3 services NIC pourraient conclure la convention (Érasme, UZB et Saint-Luc).
Chacun des 3 centres pourrait créer 3 antennes ; ce qui fait en pratique 6 lieux sur lesquels pourront être dispensées les activités conventionnelles. Il est fort à penser que l'UZB créera une antenne à l'HUDERF.
[...] »

À l'issue de ce conseil, le Collège des médecins-directeurs charge « le service d'élaborer un projet de convention ».

24. Par courrier du 26 avril 2018, les directeurs généraux et médicaux de l'HUDERF et du CHU Saint-Pierre demandent à l'INAMI que leurs candidatures soient prises en compte pour la conclusion de la future convention. Ils estiment rencontrer les nouveaux critères, dès lors que leurs services NIC dépassent largement le seuil minimum de 40 nouveaux nés de 1500g par an, fixé pour bénéficier de la nouvelle convention (moyenne de 514 patients par an pour les deux services NIC). Ils affirment également prendre en charge un grand nombre d'enfants non mutualistes dans des proportions très largement supérieures aux autres centres. Concernant les prises en charge dans le cadre de la convention « grands prématurés », il est précisé ce qui suit :

- « Pour le CHU Saint-Pierre :
- enfants nés en 2015 et qui ont eu une prestation avant le 30/06/2016 → 51 (45 pris en charge par l'INAMI)
 - enfants nés en 2016 et qui ont eu une prestation avant le 30/06/2017 → 58 (56 pris en charge par l'INAMI, 1 refus et 1 assurance privée) + 11 entre le 30/06/17 et le 31/12/2017
 - enfants nés en 2017 et qui ont une prestation avant le 30/06/2018 → 17 (15 pris en charge par l'INAMI, 2 non récupérables, car mut pas OK) [...] : (*nombre artificiellement bas vu que les bilans sont réalisés entre 3-6 mois d'âge corrigé et clôturés par le médecin vers 5 mois voir 5 mois ½ d'âge corrigé lorsqu'ils font partie de l'étude *prime brain*)
- Pour l'HUDERF,
- enfants nés en 2015 et qui ont eu une prestation avant le 30/06/2016 → 32 (30 pris en charge par l'INAMI et 2 refus) + 21 entre le 30/06/2016 et le 31/12/2016
 - enfants nés en 2016 et qui ont eu une prestation avant le 30/06/2017 → 48 (48 pris en charge par l'INAMI) + 5 entre le 30/06/17 et le 31/12/2017
 - enfants nés en 2017 et qui ont eu une prestation avant le 30/06/2018 → 41 (41 pris en charge par l'INAMI, les retards de traitements et de réponses sont tels que ces chiffres sont largement sous estimés pour 2017.
- Pour l'HUDERF et pour la période demandée par l'administration sur 2015 et 2016 (partim) on compte 53 prestations de bilan A (nouveaux patients)
Pour l'hôpital St Pierre : 41 prestations de bilan A (nouveaux patients) [...] ».

25. Lors de sa séance du 20 juin 2018, le Collège des médecins-directeurs examine le projet de nouvelle convention. Le Collège est également invité

à se prononcer sur les suites à réserver au courrier adressé par l'HUDERF et le CHU Saint-Pierre le 26 avril 2018. Le procès-verbal de la réunion mentionne, à ce propos, ce qui suit :

« Madame [F.] rappelle que les conditions d'accès à la convention ont totalement changé. Le projet de nouvelle convention prévoit maintenant de travailler avec les NICs qui atteignent un certain seuil (40 patients qui répondent aux conditions fixées par le § 2 de l'article 4).

À ce sujet, elle distribue en séance (*cf.* note 2018/129 ADD.) une lettre émanant du CHU Saint-Pierre et de l'HUDERF. Madame [F.] précise que cette lettre mentionne que :

- Pour le CHU Saint-Pierre : 51 enfants (dont 45 pris en charge par l'INAMI) sont nés en 2015 et ont eu une prestation avant le 30/06/2016

- Pour l'HUDERF : 32 enfants (dont 30 pris en charge par l'INAMI) sont nés en 2015 et ont eu une prestation de bilan

En réalité, il n'a sans doute pas été tenu compte de tous les filtres dont il est question à l'article 4 du projet de convention. L'article 4 § 2 prévoit en effet que les prestations doivent avoir été comptabilisées par les organismes assureurs jusqu'au 31 mars 2017 ce dont il n'a probablement pas été tenu compte dans les chiffres avancés par ces 2 hôpitaux. C'est la combinaison de différents facteurs qui fait que le seuil qui a été fixé est relativement bas.

À ce sujet, Monsieur [V.] précise que les chiffres de l'[AIM] sont probablement toujours inférieurs aux propres chiffres des centres suite au retard encouru dans le traitement des demandes individuelles de prise en charge et dans la facturation. Il a été tenu compte de ces facteurs dans la fixation du seuil d'au moins 40 patients. Il ajoute que l'article 4 § 2 dernier alinéa explique les raisons pour lesquelles le seuil fixé est relativement bas. En pratique, il n'est pas exclu que ce chiffre soit tout de même contesté par certains hôpitaux.

Le Docteur [Va.] pense que la question à se poser est de savoir si le Collège souhaite effectivement conclure la convention avec 2 NICs supplémentaires à Bruxelles au regard du taux de natalité dans cette région.

Le Collège est d'avis que ce qui a justifié de restreindre l'accès à cette convention est la nécessité de concentrer l'expertise. Si on rencontrait les demandes du CHU Saint-Pierre et d'HUDERF, cette concentration n'est pas garantie. De plus, les données sur lesquelles le Collège s'est basé sont des données objectives qui émanent de l'[AIM]. Les principes qui en ont découlé sont les mêmes pour tous les Centres. Si on accepte de prendre en considération d'autres chiffres que ceux de l'[AIM], on risque à nouveau de rouvrir une porte.

Le Collège décide donc de laisser le texte en l'état ».

Le Collège décide de proposer au Comité de l'assurance une prolongation de la convention jusqu'au 31 décembre 2018 étant donné qu'il est impossible d'envisager une entrée en vigueur de la nouvelle convention au 1^{er} juillet 2018, le projet de texte devant encore « faire l'objet de négociations avec les acteurs concernés ». Le Comité de l'assurance approuvera cette proposition en sa séance du 2 juillet 2018.

Il décide également :

« [...] »
- Qu'un groupe de travail (composé des représentants des 11 NICs sélectionnés ou des centres COS désignés par eux) sera constitué et se réunira en septembre/octobre pour discuter des modalités pratiques de la nouvelle convention (date à convenir lorsque le Président du Collège sera de retour) ;
- Qu'un projet de nouvelle convention sera soumis au Comité de l'assurance après les travaux de ce groupe de travail. »

26. Par courriel du 18 juillet 2018, l'INAMI invite les représentants des 11 services NIC concernés par la nouvelle convention à une réunion de groupe de travail le 28 septembre 2018. Il est précisé que « le but de cette réunion est de discuter des modalités inscrites dans le cadre de ce projet de nouvelle convention avec les représentants des services NIC concernés et de voir dans quelle mesure les hôpitaux invités qui disposent d'un service NIC sont effectivement disposés à la conclure ».

27. Le 25 juillet 2018, un troisième avenant à la convention de 2014 est signé. Celui-ci prolonge la validité de cette convention jusqu'au 31 décembre 2018.

28. La requérante est incidemment mise au courant de l'organisation de la réunion du groupe de travail prévue le 28 septembre 2018 par un courriel du 17 septembre 2018 que la représentante d'un centre signataire adresse à tous les membres du Conseil d'accord. Le projet de nouvelle convention est annexé à ce courriel.

La requérante apprend, de la sorte, que le Collège des médecins-directeurs a décidé de ne pas l'associer à la conclusion de la nouvelle convention.

29. Le 28 septembre 2018, le groupe de travail mis en place par le Collège des médecins-directeurs se réunit pour discuter du projet de la nouvelle convention. Les conditions d'accès à la nouvelle convention ne font l'objet d'aucun commentaire, alors que d'autres éléments de la convention sont discutés (nécessité de fixer des indicateurs de qualité, accord nécessaire des parents pour l'enregistrement de données, hospitalisation possible pour le bilan A, etc.).

L'INAMI demande également aux centres de lui transmettre les choix posés par ceux-ci concernant la possibilité qui leur est offerte de conclure une convention avec une autre institution et de lui préciser, le cas échéant, avec quelle institution cette convention sera signée.

30. Par courrier du 1^{er} octobre 2018, les directeurs généraux et les directeurs généraux médicaux de l'HUDERF et du CHU Saint-Pierre réitèrent leur souhait de voir leurs « candidatures » retenues pour la nouvelle convention. Les arguments sont identiques à ceux soulevés dans leur précédent courrier.

31. Lors de sa séance du 21 novembre 2018, le Collège des médecins-directeurs est invité à prendre connaissance :

- du procès-verbal du groupe de travail du 28 septembre 2018 ;
- des intentions de collaboration ;
- de la lettre du 1^{er} octobre 2018 envoyée par l'HUDERF et le CHU Saint-Pierre.

Il se prononce sur les différents éléments soulevés lors de la réunion du groupe de travail (indicateurs de qualité, enregistrement de données et hospitalisation possible pour le bilan A).

Quant à la lettre de la requérante, le procès-verbal de la réunion du Collège des médecins-directeurs fait état de ce qui suit :

« Il serait intéressant de connaître la part des non mutualistes des autres centres de suivi. En effet, le pourcentage de ces patients à l'HUDERF et au CHU Saint-Pierre semble élevé.

Madame [F.] tient en outre à rappeler que les filtres dont il est question à l'article 4, § 2 (condition d'accès à la convention) doivent tous être appliqués ; ce qu'elle ne peut pas garantir à la lecture des chiffres transmis par les 2 Centres. Pour les autres Centres, ces filtres ont également été appliqués. Si le Collège décide d'inclure l'HUDERF et le CHU Saint-Pierre, les règles du jeu changent et cela remettrait en cause le fondement même de la convention. Au vu du délai imparti, cela ne semble pas souhaitable. Soit, il faut maintenir sa ligne de conduite, soit on la modifie avec toutes les conséquences que cela peut entraîner.

Monsieur [V.] rajoute qu'il s'agit [...] d'un point sensible qui pourra faire l'objet de résistance au niveau du Comité de l'assurance.

En ce qui concerne les collaborations que vont mener les NICs qui pourront signer la convention, il appert également qu'aucun de ces services n'a l'intention de collaborer avec l'HUDERF ou le CHU Saint-Pierre ; ce qui veut dire concrètement que les patients vont devoir être transférés – pour leur suivi – aux centres conventionnés ou vont bénéficier d'un suivi qui ne pourra pas être porté en compte dans le cadre de la convention.

Madame [F.] signale qu'il s'agit pour le moment d'intention de collaboration. Elle rappelle que ces contrats de collaboration doivent encore être rédigés officiellement et être soumis au Collège pour approbation.

Les membres décident de maintenir les règles du jeu telles qu'elles sont prévues dans le projet de convention et de soumettre le dossier au Comité de l'assurance. »

Le Collège des médecins-directeurs marque son accord sur le projet de

nouvelle convention.

32. Le 6 décembre 2018, le projet de la nouvelle convention « à conclure avec les services NIC qui répondent aux conditions mentionnées dans la nouvelle convention » est adressé à la Commission de contrôle budgétaire (pour avis) et au Comité de l'assurance (pour approbation). Les notes « CCB 2018/254 » et « CSS/383 » qui leur sont adressées résument les grandes lignes de la nouvelle convention et motivent les nouvelles orientations en ces termes :

« Ce qui a poussé le Collège des médecins-directeurs à revoir les conditions d'accès à la convention s'explique pour les raisons suivantes :

Lorsque la convention pour le suivi des enfants nés prématurément a été conclue en 2014, le Collège des médecins-directeurs a toujours été clair au sujet de la nécessité de concentrer l'expertise et par la même, d'augmenter la qualité du suivi des patients pris en charge. Étant donné que, sur base des dossiers de candidatures qui ont été introduits à l'époque par les Centres candidats à la conclusion de la convention, le Collège a constaté que les Centres fonctionnaient sur plusieurs sites et pour certains avec des équipes différentes sur chacun des sites, la convention a laissé une ouverture concernant son application sur plusieurs sites et tolérait dans un premier temps (et de manière transitoire) qu'uniquement les médecins se déplacent sur les sites en question. En outre, la convention prévoyait tout aussi clairement que les Centres devaient évoluer vers une concentration de l'expertise qui se traduit par le fait qu'une seule et même équipe se déplace sur les différents sites à terme. Les Centres étaient donc tenus de tout mettre en œuvre pour concentrer l'expertise (plans d'action à mettre en œuvre par les Centres pour concentrer cette expertise).

Les plans d'action qui ont été élaborés par les Centres pour démontrer que l'expertise tendait à être concentrée n'ont pas été convaincants ; raison pour laquelle le Collège des médecins-directeurs a cherché une alternative permettant de répondre à cette exigence de concentration de l'expertise dans le futur.

Une des manières d'y parvenir était d'en revoir les conditions d'accès. Étant donné que les enfants nés prématurément ont été pris en charge (en majorité) dès leur naissance par un Service NIC, il y avait effectivement une logique à ce que [...] la prise en charge dans le cadre de la convention prématurés se poursuive également au sein de ces Services NICs.

Seuls les Services NICs pour lesquels le nombre le plus important de patients qui ont été renvoyés vers la convention pour le suivi des enfants nés prématurément dans le passé ont été sélectionnés. Le seuil minimum qui a été fixé dans le cadre de la nouvelle convention permet, en grande partie, de couvrir toutes les Provinces du pays par la convention (y compris la région de Bruxelles capitale). Pour les Provinces qui ne seraient pas couvertes, des possibilités sont laissées dans la convention pour y dispenser une activité conventionnelle (notamment en prévoyant une application de la convention sur un autre site que le siège principal de l'établissement sous des conditions clairement définies dont il ne peut être dérogé).

Concrètement, le Collège propose de conclure la nouvelle convention avec 10 centres au lieu de 7 centres auparavant.

Bien que le nombre de centres conventionnés augmente, la concentration de l'expertise est pourtant garantie par la nouvelle convention dans la mesure où elle limite (contrairement à l'ancienne convention) le nombre de sites par centre : dès lors, le nombre total de sites sur lesquels la nouvelle convention sera appliquée n'augmentera certainement pas par rapport à la convention actuelle et va peut-

être même légèrement diminuer. En outre, la nouvelle convention n'autorise une application de la convention sur un autre site que si l'équipe du Centre se déplace sur cet autre site (sauf dans le cas où 2 hôpitaux qui répondent chacun aux critères pour conclure la convention, constituent ensemble un seul centre). Il n'y a donc, pour ce faire, plus de portes laissées ouvertes à ce niveau. »

En annexe 2 de ces notes, figure la liste des 11 services NIC qui répondent effectivement aux critères d'accès à la nouvelle convention. Il est toutefois précisé que « le NIC de l'AZ Sint Jan à Bruges préfère continuer la collaboration avec l'UZ de Gand (et le COS de Gand) qui conclura la nouvelle convention et l'appliquera également sur le site de Bruges ». Il en résulte que la convention sera conclue avec 10 centres au total.

33. Lors de sa réunion du 12 décembre 2018, la Commission de Contrôle budgétaire émet un avis positif sur le projet de nouvelle convention.

34. Le 14 décembre 2018, le directeur général et le directeur général médical de l'HUDERF adressent à l'INAMI un courrier dans lequel il demande à être mis au courant de la situation du centre à partir du 1^{er} janvier 2019, date à laquelle la convention de 2014 cessera d'être en vigueur.

Ce courrier est rédigé comme il suit :

« Madame, Monsieur,
Nous nous étonnons, à deux semaines de la fin de l'année, d'être toujours sans nouvelle de votre part quant à la prolongation de la convention actuelle (qui prend fin le 31/12/2018) ou son renouvellement.
Cette situation nous laisse dans une incertitude totale quant à la prise en charge de nos petits patients dès 2019.
Vous n'ignorez pourtant pas que les bilans de ces enfants doivent être organisés bien à l'avance.
Nous attendons dès lors de votre part d'être mis au courant, de toute urgence, de la situation qui sera la nôtre au 1^{er} janvier 2019
La présente vous est adressée sans aucune reconnaissance préjudiciable et sous réserve de tous droits et recours ».

35. Le 17 décembre 2018, le Comité de l'assurance « approuve le projet de convention et conclut ensuite la convention avec les 10 centres mentionnés (annexe 2) ».

Il s'agit du deuxième acte attaqué.

La convention de 2019 en matière de suivi diagnostic des enfants nés

prématurément a le contenu suivant :

« CONVENTION EN MATIÈRE DE SUIVI DIAGNOSTIC DES ENFANTS NÉS PRÉMATUREMENT

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, notamment les articles 22, 6°, et 23, § 3 ;

Sur proposition du Collège des médecins-directeurs auprès du Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité ;

Il est conclu entre,

d'une part,

le Comité de l'assurance soins de santé institué auprès du Service des soins de santé de l'institut national d'assurance maladie-invalidité,

et d'autre part,

le service de soins intensifs néonataux (*Neonatal Intensive Care*) (désigné dans la présente convention comme « Service NIC ») de l'hôpital de ##### à ##### au nom du Centre de suivi diagnostique des enfants nés prématurément de ce service NIC (désigné dans la présente convention par le terme "établissement"),

OU

Le *Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen* (désigné dans la présente convention par le terme "COS") ## à ## au nom de son Centre de suivi des enfants nés prématurément (désigné dans la présente convention par le terme "établissement"),

la présente convention.

OBJET DE LA CONVENTION

Article 1^{er}.

§ 1^{er}. La présente convention définit les rapports financiers et administratifs entre l'établissement et les bénéficiaires de l'assurance obligatoire soins de santé ainsi que les rapports entre cet établissement, l'INAMI et les organismes assureurs en ce qui concerne notamment les bénéficiaires au sens de la présente convention, les prestations de bilan diagnostiques, le prix des prestations de bilan diagnostiques ainsi que les modalités de leur paiement.

§ 2. La présente convention vise à installer un système de suivi multidisciplinaire minimal, systématique et uniforme accessible aux enfants grands prématurés visés par la présente convention, permettant le diagnostic précoce des troubles du développement lié à la grande prématurité. Dans ce sens, la présente convention vise à implanter une politique uniforme en matière de suivi des enfants visés par la présente convention.

[...]

CONDITIONS D'ACCÈS À LA CONVENTION

Article 4.

§ 1^{er}. La présente convention ne peut être conclue qu'avec les établissements hospitaliers qui disposent d'un Service NIC.

§ 2. Afin de garantir la qualité du suivi proposé dans le cadre de la présente convention pour les enfants nés prématurément, le nombre d'établissements pouvant prétendre à son bénéfice est limité (nécessité de concentrer l'expertise). À cet effet, seuls les établissements hospitaliers dont les Services NICs comptent le plus grand nombre de patients ayant été suivis dans le cadre de la convention pour le suivi des enfants prématurés entrent en ligne de compte pour la conclusion de la présente convention.

Pour opérer cette sélection, le Service des soins de santé se basera sur les données

de l'Agence Intermutualiste (les seuls chiffres disponibles d'une source neutre). Il sélectionnera les services NIC qui, sur base des données comptabilisées par les organismes assureurs jusqu'au 31 mars 2017, comptent au moins 40 patients différents :

- qui, dans le courant de l'année 2015, ont été admis au moins un jour dans le Service NIC en question, et

- qui, après leur admission dans ce Service NIC, jusqu'au 30 juin 2016 au maximum, ont bénéficié d'une prestation de bilan dans le cadre de la convention pour le suivi des enfants nés prématurément d'application avant l'entrée en vigueur de la présente convention.

Ce seuil de 40 patients à atteindre est un seuil relativement bas qui tient compte du fait qu'il y avait un certain retard dans la facturation des prestations de bilan effectuées en 2015 et 2016 ; ce qui a influencé les chiffres de l'Agence Intermutualiste ; sans le retard de facturation constaté, le nombre minimum de patients serait en tous cas nettement plus élevé.

§ 3. Si, pour une province concernée, les établissements hospitaliers qui disposent d'un Service NIC de cette même province n'atteignent pas le nombre minimum de patients comme prévu par le § 2 du présent article, la présente convention pourra être conclue avec l'établissement hospitalier qui dispose d'un Service NIC et qui aura pris en charge le plus de patients qui répondent aux critères du § 2 du présent article dans cette province.

Article 5.

§1^{er}. Dans le cas où un établissement hospitalier qui entrerait effectivement en considération pour la signature de la présente convention en vertu des dispositions de l'article 4 de la présente convention ne souhaite pas la conclure, il peut déléguer ce pouvoir à un Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen (COS).

[...]

§3. Un COS ne peut conclure qu'une seule fois la présente convention.

[...]

ÉTABLISSEMENT

Article 7.

L'établissement est une unité organisationnelle et fonctionnelle implantée au sein d'un hôpital. Les activités prévues dans le cadre de la présente convention doivent donc toutes être réalisées sur le site d'un établissement hospitalier (ou éventuellement sur le site d'une polyclinique d'un hôpital).

Article 8.

§ 1^{er}. Les activités prévues par la présente convention ne peuvent être réalisées que sur un seul site de l'établissement dont question à l'article 7.

Cependant, les activités prévues par la présente convention peuvent être dispensées en sus du site principal sur un autre site moyennant le respect des conditions suivantes :

- cet autre site est un hôpital qui n'a pas signé la convention pour le suivi des enfants nés prématurément et il dispose d'un Service NIC (hôpital de la même Province ou d'une autre Province que celle où se situe le siège principal de l'établissement visé à l'article 7 de la présente convention) ;
- l'établissement qui a conclu la présente convention ne peut quoi qu'il en soit réaliser les activités que la présente convention prévoit que sur un seul site supplémentaire (en sus du site principal) ;
- l'établissement qui a conclu la présente convention et l'hôpital au sein duquel seront dispensées les activités conventionnelles doivent avoir conclu un contrat de collaboration (qui détermine les modalités pratiques de la

collaboration) ; ce contrat est à soumettre au préalable au Collège des médecins-directeurs ;

- le Collège des médecins-directeurs a marqué son accord sur l'application de la convention sur un autre site ;
- l'équipe complète de l'établissement qui a conclu la présente convention dont question à l'article 14 de la présente convention et qui dispense les activités prévues dans le cadre de la présente convention se déplace sur l'autre site ;
- aucune activité ne pourra se réaliser de manière simultanée sur les 2 sites sur lesquels seront dispensées les activités que prévoit la présente convention ;
- les activités que la présente convention prévoit sont réparties de manière claire sur les 2 sites sur lesquels elles seront dispensées.

Les 3 dernières conditions mentionnées ci-dessus ne valent toutefois pas dans le cas où un hôpital qui répond aux conditions de l'article 4 délègue la conclusion de la présente convention à un autre hôpital qui répond aux conditions de l'article 4 ou au COS désigné par cet autre hôpital. Dans ce cas, l'établissement (hôpital ou COS), qui a conclu la convention, peut offrir les activités de la présente convention sur son site principal et sur le site de l'hôpital (qui répond aux conditions de l'article 4, mais qui a délégué la conclusion de la convention à l'établissement), sans respecter les 3 dernières conditions mentionnées ci-dessus.

§ 2. Dans le cas où un des établissements qui a conclu la présente convention souhaite appliquer la convention sur le site d'un établissement hospitalier ou d'une polyclinique situé(e) dans une Province dans laquelle aucun établissement hospitalier ne dispose d'un service NIC, l'établissement qui a conclu la présente convention pourra encore faire usage des possibilités visées au § 1^{er} du présent article et disposer en pratique de 3 sites au maximum. Dans ce cas, pour cet établissement hospitalier ou cette polyclinique d'une Province dans laquelle aucun établissement hospitalier ne dispose d'un NIC, il faudra également suivre la procédure dont question au § 1^{er} du présent article (contrat de collaboration, accord du Collège des médecins-directeurs, etc.)

§ 3. L'établissement qui a conclu la présente convention s'engage quoi qu'il en soit à prendre en suivi dans le cadre de la présente convention tous les enfants qui font partie du groupe cible visé à l'article 2 et qui s'adressent à l'établissement, même s'ils n'ont pas été hospitalisés après leur naissance dans le propre service NIC.

§ 4. Dans le cas où il est fait usage des possibilités qu'offre la présente convention en ce qui concerne l'application de la convention sur un autre site et sur base des modalités y afférentes, l'établissement ayant conclu la présente convention est responsable de l'application correcte de celle-ci sur l'autre site.

[...]

CONDITION DE MAINTIEN DE LA CONVENTION

Article 10.

§1^{er}. Pour conserver le bénéfice de la présente convention, l'établissement doit prendre en charge un minimum de 60 nouveaux bénéficiaires différents par année calendrier dans le cadre de la présente convention. Par nouveau bénéficiaire, il est entendu les bénéficiaires qui font partie du groupe 1 ou du groupe 2 dont il est question à l'article 2 de la présente convention et pour lesquels un premier bilan [...] a été réalisé dans le cadre de la présente convention pendant l'année calendrier considérée.

Cette limite maximale permet de garantir l'acquisition d'une expérience et de pouvoir entretenir cette expérience.

[...]

§5. Si le Service des soins de santé de l'INAMI constate que pendant 2 années

consécutives [...] l'établissement ne satisfait pas aux conditions minimums, une dénonciation de la convention pourra être proposée au Comité de l'assurance [...]

PRESTATIONS REMBOURSABLES DANS LE CADRE DE LA PRÉSENTE CONVENTION

Article 18.

§ 1^{er}. Les prestations remboursables dans le cadre de la présente convention sont des prestations de bilan effectuées pour un bénéficiaire visé par la présente convention. Ces prestations se composent de toutes les interventions et démarches requises conformément aux dispositions mentionnées à l'article 13 de la présente convention, effectuées par les membres de l'équipe définie dans la présente convention. L'établissement ne pourra pas porter en compte la prestation de bilan que si toutes les interventions prévues à l'article 13 ont été dispensées pour le bénéficiaire concerné. Le contrôle du respect de la réalisation de ces interventions minimales prévues pour chaque prestation de bilan doit être rendu possible sur la base des différents éléments qui doivent être mentionnés dans le dossier individuel dont il est question à l'article 11 § 1^{er} de la présente convention.

Dans le cadre de la présente convention, il existe en vertu des dispositions de l'article 13 de la présente convention 4 prestations remboursables possibles (bilans A, B, C et D).

Ces prestations sont remboursables via la mention des pseudo-codes suivants sur la facture [...]

DURÉE DE VALIDITÉ

Article 27

La présente convention [...] entre en vigueur le 1^{er} janvier 2019 et est valable jusqu'au 31 décembre 2020 [...] ».

À la suite de cette décision, un courrier est adressé aux centres concernés leur communiquant la nouvelle convention en matière de suivi diagnostic des enfants nés grands prématurés. Il leur est demandé de signer la convention en précisant les sites sur lesquels l'activité sera réalisée. Il est précisé que si le centre désire étendre ses activités sur un autre site, une convention de collaboration doit être conclue et soumise au Collège des médecins-directeurs.

36. Le 3 janvier 2019, le service des soins de santé de l'INAMI adresse un courrier à l'HUDERF pour l'informer que, sur la base des données transmises par l'AIM, il ne satisfait pas aux conditions d'accès à la convention et que, par conséquent, il n'a pas été retenu comme centre signataire.

Il s'agit du premier acte attaqué, rédigé comme il suit :

« Monsieur [...],
J'ai bien reçu votre lettre dans laquelle vous souhaitez connaître la situation de votre Centre en ce qui concerne la poursuite de la convention pour le suivi des

enfants nés prématurément au-delà du 21/12/2018.

Je confirme par le biais de la présente lettre que la convention pour le suivi des enfants nés prématurément conclue avec l'HUDERF court jusqu'au 31 décembre 2018 inclus.

Une nouvelle convention pour le suivi des enfants nés prématurément a été approuvée par le Comité de l'assurance en sa séance du 17 décembre 2018. Sur base des dispositions dont il est question dans cette nouvelle convention (qui entre en vigueur au 1^{er} janvier 2019), il apparaît que votre Centre ne satisfait pas aux conditions pour pouvoir la conclure. Les dispositions de l'article 4 de cette nouvelle convention déterminent les conditions à remplir par un Centre pour pouvoir conclure cette convention :

"§ 2. Afin de garantir la qualité du suivi propose dans le cadre de la présente convention pour les enfants nés prématurément, le nombre d'établissements pouvant prétendre à son bénéfice est limité (nécessité de concentrer l'expertise). À cet effet, seuls les établissements hospitaliers dont les Services NICs comptent le plus grand nombre de patients ayant été suivis dans le cadre de la convention pour le suivi des enfants prématurés entrent en ligne de compte pour la conclusion de la présente convention.

Pour opérer cette sélection, le Service des soins de santé se basera sur les données de l'Agence Intermutualiste (les seuls chiffres disponibles d'une source neutre). Il sélectionnera les services NIC qui, sur base des données comptabilisées par les organismes assureurs jusqu'au 31 mars 2017, comptent au moins 40 patients différents:

- qui, dans le courant de l'année 2015, ont été admis au moins un jour dans le Service NIC en question, et
- qui, après leur admission dans ce Service NIC, jusqu'au 30 juin 2016 au maximum, ont bénéficié d'une prestation de bilan dans le cadre de la convention pour le suivi des enfants nés prématurément d'application avant l'entrée en vigueur de la présente convention.

Ce seuil de 40 patients à atteindre est un seuil relativement bas qui tient compte du fait qu'il y avait un certain retard dans la facturation des prestations de bilan effectuées en 2015 et 2016; ce qui a influencé les chiffres de l'Agence Intermutualiste; sans le retard de facturation constaté, le nombre minimum de patients serait en tous cas nettement plus élevé."

Sur base des données de l'Agence Intermutualiste, il apparaît que votre Centre ne respecte pas les critères pour prétendre au bénéfice de la nouvelle convention.

J'aimerais en outre attirer votre attention sur le fait que les dispositions de la nouvelle convention prévoient la possibilité, pour un Centre qui a signé effectivement cette nouvelle convention et qui répond donc aux conditions pour le faire, d'appliquer la convention sur un autre site (en sus du siège principal de l'établissement qui a conclu la convention) moyennant le respect des conditions qu'elle fixe. Une porte est donc laissée ouverte pour que l'HUDERF puisse éventuellement s'associer à un Centre qui a signé la convention. À ce sujet, aucune décision définitive n'a été prise pour l'instant. Peut-être est-il donc encore temps de faire les démarches auprès d'un Centre qui répond aux conditions pour signer la nouvelle convention ?

Mon service reste à votre disposition pour toute autre demande de renseignement complémentaire [...]

37. L'INAMI adresse ensuite une circulaire 2019/51 du 6 février 2019 aux organismes assureurs pour les informer de l'entrée en vigueur de la nouvelle convention, de l'identité des établissements signataires et des principes qui la régissent.

IV. Recevabilité

IV.1. Thèses des parties

La partie adverse indique, dans son mémoire en réponse (réfutation au deuxième moyen de la requête) que le premier acte attaqué (courrier adressé par l'INAMI à l'HUDERF le 3 janvier 2019) ne constitue pas une décision, mais une réponse à une demande d'information de l'HUDERF à l'INAMI du 14 décembre 2018. Elle constate que, dans ce courrier, l'HUDERF ne demande pas de conclure une convention, mais uniquement « d'être mis au courant, de toute urgence, de la situation qui sera la [sienne] au 1^{er} janvier 2019 ». Elle en conclut que, faute pour l'acte attaqué de modifier l'ordonnancement juridique – ou même de choisir de ne pas le modifier – l'acte attaqué ne constitue pas un acte attaquant.

La requérante relève, dans son mémoire en réplique (réplique au deuxième moyen de la requête), que la partie adverse ne produit aucune autre pièce dans son dossier administratif qui pourrait être assimilée à une décision de refus de participer à la nouvelle convention et ne prétend pas qu'une autre décision que le premier acte attaqué aurait été prise à cet égard. Selon elle, il est absurde de considérer qu'elle est irrecevable à contester cet acte au motif qu'il s'agirait d'une simple réponse à « une demande d'information » puisque cela revient à rendre un tel acte inattaquant en s'abstenant de le communiquer et même de le produire. Quant au passage de ce courrier évoqué par la partie adverse selon lequel « aucune décision définitive n'a été prise pour l'instant », elle relève qu'il porte uniquement sur la question de savoir si elle serait ou non en mesure de s'associer avec un service NIC qui a été directement admis à conclure la convention, ce qui confirme *a contrario* que la décision qui considère qu'elle ne satisfait pas aux critères de la convention est, quant à elle, bien définitive. À supposer que cette lettre du 3 janvier 2019 ne constitue pas l'acte par lequel la partie adverse a décidé qu'elle ne satisfaisait pas aux critères de la convention, elle soutient qu'il s'agit, à tout le moins, de la notification de cette décision « implicite » et que c'est à partir de cette notification qu'elle disposait d'un délai pour agir en annulation contre celle-ci, ce qu'elle a fait.

La requérante fait valoir, dans son dernier mémoire, que son exclusion du bénéfice de la convention résulte de deux actes distincts : tout d'abord, la décision de conclure un modèle de convention fixant de manière générale les conditions d'accès (acte réglementaire) et, ensuite, la décision qui constate

concrètement et individuellement qu'elle ne satisfait pas à ces conditions, ce dont fait état le courrier du 3 janvier 2019 (acte individuel). Elle soutient que la décision de l'exclure de la convention est nécessairement postérieure à celle du 17 décembre 2018 qui approuve le modèle de convention, alors que le dossier administratif ne contient aucun autre document attestant du fait que la partie adverse a, postérieurement à cette décision, examiné concrètement si elle remplissait les critères pour conclure la convention. Elle relève que le modèle de convention ne règle pas la procédure pour pouvoir y souscrire, en sorte qu'elle n'a pas pu se porter officiellement candidate. Elle souligne que la partie adverse ne l'a pas informée de l'existence de cette convention, qu'elle a néanmoins appris qu'une nouvelle convention était en cours d'élaboration et que c'est la raison pour laquelle elle a formellement interrogé la partie adverse par un courrier du 14 décembre 2018. Elle fait encore valoir que la décision du Comité de l'assurance du 17 décembre 2018 n'a pas pour objet de l'exclure du bénéfice de la convention et que l'annexe 2 à cette décision n'est pas produite dans le dossier en sorte qu'il n'est même pas possible d'identifier les dix centres prétendument repris dans ce document. Elle relève encore que cette décision n'examine pas concrètement si elle satisfait aux conditions de l'article 4 du modèle de la convention et ne contient, dès lors, aucune motivation sur ce point, en sorte qu'elle est forcément illégale.

La partie adverse répond, dans son dernier mémoire (réfutation au deuxième moyen), que la décision d'exclure la requérante du bénéfice de la convention a été prise par le Comité de l'assurance lors de sa réunion du 17 décembre 2018, que celui-ci a examiné la note « CSS 2018/383 » à laquelle était annexée la liste des services NIC qui répondent effectivement aux critères posés par l'article 4 de la nouvelle convention (annexe 2) et qu'il était invité à « conclure le projet de convention joint en annexe de la présente note ». Elle en déduit que le Comité de l'assurance était prié de conclure le projet de convention avec les services NIC qui satisfont effectivement à ses conditions d'accès et qui sont mentionnés à l'annexe 2. Elle ajoute que l'extrait du procès-verbal de la séance du 17 décembre 2018 mentionne clairement que « le Comité de l'assurance approuve le projet de convention et ensuite conclut la convention avec les 10 centres mentionnés (annexe2) », cette annexe ne reprenant pas, dans la liste des signataires, les services NIC de l'HUDERF ou du CHU Saint-Pierre. Elle en déduit que la décision de conclure la convention avec les dix centres précités et celle d'exclure la requérante sont concomitantes et que, dès lors, la seule décision attaquable est celle du Comité de l'assurance du 17 décembre 2018 (deuxième acte attaqué).

IV.2. Appréciation du Conseil d'État

A. Quant à la décision du Comité de l'assurance du 17 décembre 2018 d'approuver le projet de nouvelle convention en matière de suivi des enfants nés prématurément (second acte attaqué)

La décision du Comité de l'assurance de l'INAMI du 17 décembre 2018 approuvant le projet de nouvelle convention est un acte unilatéral détachable du modèle de convention-type et des conventions particulières conclues avec les centres signataires. Cette décision fait grief à la partie requérante, dès lors qu'en approuvant le projet de convention et ses conditions d'accès, le Comité de l'assurance accepte la proposition du Collège des médecins-directeurs de conclure celle-ci avec les dix centres qui satisfont à ces conditions et exclut, dans le même temps, implicitement la partie requérante du bénéfice de cette convention.

Le recours est, dès lors, recevable en tant qu'il est dirigé contre le second acte attaqué.

B. Quant au courrier du 3 janvier 2019 adressé par le service des soins de l'INAMI à l'HUDERF (premier acte attaqué)

Pour les raisons qui seront exposées ci-après (*cf.* troisième branche du premier moyen), il ne peut être soutenu que le modèle de convention fixerait de manière générale et abstraite ses conditions d'accès. Au contraire, les conditions d'accès à la nouvelle convention permettent d'identifier, de manière exhaustive, les dix centres avec lesquels le Comité de l'assurance peut conclure celle-ci. Ces dix centres sont repris nommément à l'annexe 2 de la note « CSS/383 » du 6 décembre 2018 transmise au Comité de l'assurance.

Par son courrier du 3 janvier 2019, le service des soins de santé de l'INAMI répond à la demande de renseignements adressée par les représentants de l'HUDERF à l'INAMI, qui s'inquiètent de la situation du centre après le 31 décembre 2018, étant « toujours sans nouvelle [...] quant à la prolongation de la convention actuelle [...] ou son renouvellement ». La partie requérante est, par ce courrier du 3 janvier 2019, informée que (1) la convention de 2014 cesse de produire ses effets au 31 décembre 2018 inclus et (2) elle ne satisfait pas aux conditions d'accès pour pouvoir conclure la nouvelle convention. Ce courrier ne constitue pas l'acte qui constaterait qu'elle ne respecte pas ces critères et lui refuserait, en

conséquence, de participer à la nouvelle convention. La décision d'exclure la requérante du bénéfice de la nouvelle convention est intervenue en amont de ce courrier. Elle résulte de la décision du Collège des médecins-directeurs de ne pas poursuivre les négociations avec elle, au motif qu'elle ne respecte pas les conditions d'accès à la future convention, et de la décision subséquente du Comité de l'assurance d'approuver le projet de nouvelle convention, ses conditions d'accès ainsi que la proposition du Collège de conclure la convention avec les dix centres du pays qui respectent ces conditions.

Le courrier du 3 janvier 2019 ne cause pas, par lui-même, grief à la partie requérante. Il ne constitue, dès lors, pas un acte susceptible de recours devant le Conseil d'État.

La requérante estime, à titre subsidiaire, que ce courrier notifie la décision implicite qui l'exclut du bénéfice de la convention. Cette décision cause grief à la partie requérante.

Le recours est, dès lors, recevable en tant qu'il est dirigé contre la décision implicite d'exclure la requérante du bénéfice de la convention (premier acte attaqué).

V. Premier moyen

V.1. Thèse de la partie requérante

A. Requête

La requérante prend un premier moyen de la violation de la Constitution, notamment de ses articles 10, 11 et 33, des lois sur le Conseil d'État, coordonnées le 12 janvier 1973, notamment des articles 3 et 84, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, notamment ses articles 22, 23, § 3 et 35, de la loi coordonnée le 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins, notamment ses articles 36 à 60, de la loi du 29 juillet 1991 sur la motivation formelle des actes administratifs, notamment ses articles 2 et 3, de la convention du 1^{er} septembre 2014 en matière de suivi diagnostic des enfants nés prématurément, notamment son article 17, des principes généraux d'impartialité, d'égalité et de non-discrimination, de non-rétroactivité, de légitime confiance et de sécurité juridique, des principes de bonne administration dont,

notamment, les principes de prudence, de fair-play, d'impartialité et le devoir de minutie, de l'absence, de l'erreur, de l'insuffisance ou de la contrariété dans les causes ou les motifs.

Elle divise son moyen en quatre branches.

a) Première branche

La requérante indique que le modèle de convention, tel que publié sur le site internet de l'INAMI, dispose qu'il est pris en vertu des articles 22, 6°, et 23, § 3, de la loi AMI, que l'article 22, 6°, habilite le Comité de l'assurance à conclure les conventions prévues par l'article 23, § 3, et que cette disposition vise les conventions à conclure avec :

- les établissements de rééducation fonctionnelle et de réadaptation professionnelle ;
- les centres de soins multidisciplinaires coordonnés ;
- les services intégrés de soins à domicile agréés ;
- les cercles de médecins généralistes agréés.

Elle constate qu'en l'espèce, l'article 4 de la convention-type dispose que « la présente convention ne peut être conclue qu'avec les établissements hospitaliers qui disposent d'un service NIC » et en déduit qu'il ne s'agit pas d'une des hypothèses de conventions prévues par l'article 23, § 3, puisque cette disposition ne vise pas les conventions à conclure avec des « établissements hospitaliers ». Selon elle, c'est donc de manière erronée que le Comité de l'assurance fonde sa compétence sur l'article 22, 6°, de la loi AMI, en telle sorte que le second acte attaqué procède d'une erreur dans les causes et les motifs et que cette décision n'est pas valablement motivée en la forme et au fond.

Elle ajoute que la partie adverse pourrait être tentée de soutenir que le Comité de l'assurance trouve sa compétence dans l'article 22, 6°bis, de la loi AMI, qui concerne les conventions à conclure « avec des établissements de soins ou autres prestataires de soins » en ce qui concerne, notamment, « des prestations complexes, multidisciplinaires et/ou coûteuses, à condition qu'il ne soit pas porté atteinte aux normes d'agrément et de programmation ». Elle relève toutefois que, pour admettre cela, il faudrait qu'il ressorte de la décision du 17 décembre 2018 approuvant le projet de convention-type ou, à tout le moins, du dossier administratif que la partie adverse a réellement fondé la compétence du Comité de l'assurance sur cette disposition. Selon elle, il ne pourrait être admis que la partie adverse comble a

posteriori l'erreur de fondement légal dont est affectée la décision attaquée. En outre, à supposer que cette décision trouve son fondement dans l'article 22, 6°*bis*, précité, il faudrait alors constater, selon la requérante, que la proposition de convention soumise au Comité de l'assurance a été élaborée par un organe incompétent et que la procédure n'a pas été respectée, puisque (1) ce n'est pas le Collège des médecins-directeurs qui est compétent pour élaborer le projet de ce type de conventions, mais les « commissions conventions et des accords » et (2) avant que le Comité de l'assurance ne puisse approuver une telle convention, elle doit être préalablement communiquée au Conseiller budgétaire et financier visé à l'article 17, alinéa 2, 6°, de la loi AMI, ce qui n'a pas été fait.

b) Deuxième branche

La partie requérante indique que si l'on devait considérer que la convention-type approuvée par le Comité de l'assurance correspond à l'une des hypothèses visées à l'article 23, § 3, cette décision trouverait alors son fondement dans l'article 22, 6°, de la loi AMI. Dans une telle hypothèse, il faudrait, selon elle, constater que la procédure d'élaboration de la convention n'a pas été respectée, en telle sorte que le Comité de l'assurance n'était pas compétent pour approuver une convention élaborée de manière illégale.

Elle rappelle que l'article 22, 6°, donne compétence au Collège des médecins-directeurs de proposer une convention au Comité de l'assurance, que, pour ce faire, le Collège des médecins-directeurs doit préalablement informer le Comité de l'assurance de son intention d'élaborer une nouvelle convention, qu'il doit soumettre à ce Comité une « liste d'experts qu'il souhaite impliquer dans la concertation sur cette convention » et que le Comité de l'assurance est alors chargé d'examiner la liste d'experts proposée et peut imposer au Collège des médecins-directeurs de modifier cette liste ou d'y ajouter d'autres experts.

En l'espèce, elle observe que non seulement le Comité de l'assurance n'a pas été préalablement informé de l'intention d'élaborer une nouvelle convention-type mais que, surtout, aucune liste d'experts n'a jamais été soumise au Comité de l'assurance qui n'a donc pas été en mesure de vérifier si le choix des experts par le Collège des médecins-directeurs était pertinent.

Selon elle, la violation de l'article 22, 6°, est d'autant plus grave que le Collège des médecins-directeurs a décidé que l'élaboration de la nouvelle

convention-type serait réfléchi au sein du Conseil d'accord, organe mis en place par l'article 17 de la convention de 2014 qui venait à échéance le 31 décembre 2018 et dont la partie requérante faisait partie. Elle indique qu'à partir du moment où il était décidé de travailler par le biais de cet organe, les règles de convocation et de composition qui régissaient les réunions du Conseil d'accord devaient être forcément respectées et que tous les membres du Conseil d'accord devaient être convoqués préalablement à toute réunion. Or, elle soutient que le Président du Conseil d'accord n'a jamais adressé la moindre convocation à une réunion ayant pour objet l'élaboration de la nouvelle convention et qu'après une première réunion du 27 mars 2018, le Collège des médecins-directeurs a décidé unilatéralement d'opérer un tri parmi les membres du Conseil d'accord qui seraient conviés à participer aux réunions suivantes en vue de l'élaboration du projet de convention-type. Elle relève que le compte-rendu qu'elle a reçu de la première réunion du 27 mars 2018 s'était conclu comme il suit :

- « - le Collège des médecins directeurs délibérera sur les arguments cités pendant le conseil d'accord et élaborera une nouvelle proposition
- cette proposition sera envoyée aux centres concernés, des remarques pourront être envoyées dans un court délai
- la nouvelle proposition devra ensuite être approuvée par le comité d'assurance
- si cela est en ordre, les centres concernés seront invités à signer la convention
- cette procédure devra être effectuée avant le 1^{er} juillet 2018 ».

Elle en déduit que tous les participants à cette réunion pouvaient donc s'attendre à recevoir la nouvelle proposition de convention et à faire valoir leurs observations, ce qui n'a pas été fait, en telle sorte que la convention a été finalisée en violation du principe de légitime confiance.

Elle ajoute que ce processus d'élaboration viole le principe d'impartialité puisque seuls les hôpitaux retenus ont pu se prononcer sur un texte excluant des concurrents et que ce tri a été opéré, sans la moindre motivation, sur la base des conditions d'accès de la future convention. Elle expose que les établissements hospitaliers qui croyaient légitimement être associés au processus d'élaboration de la convention ont été mis de côté sans même le savoir et sur la base de critères à propos desquels il aurait précisément fallu s'entendre au sein du Conseil d'accord. Elle reproche au Collège des médecins-directeurs d'avoir décidé unilatéralement d'appliquer immédiatement les nouveaux critères d'accès avant même que la convention ne soit finalisée et approuvée par le Comité de l'assurance. Elle fait encore valoir qu'elle n'a pas été tenue informée de ce qui y était discuté et décidé et que ce n'est que par le biais du courrier du 3 janvier 2019 qu'elle a appris qu'un

projet de convention-type avait finalement été élaboré et soumis au Comité de l'assurance qui l'a approuvé le 17 décembre 2018. Elle indique qu'à aucun moment elle n'a été informée de l'existence de cette nouvelle convention-type et qu'elle n'a donc même pas été en mesure de démontrer qu'elle était en mesure d'en bénéficier.

Enfin, même à supposer que le processus d'élaboration du projet de convention-type soit régulier, elle estime que ce projet devait être préalablement soumis pour avis à la Commission de contrôle budgétaire, ce qui n'a pas été fait et est contraire à l'article 23, § 3, de la loi AMI.

c) Troisième branche

Quant à l'incompétence du Comité de l'assurance pour fixer des dispositions réglementaires par la voie de conventions-type

La partie requérante soutient que l'article 4 de la convention litigieuse a une portée réglementaire, dans la mesure où il est voué à s'appliquer, de manière générale et abstraite, à tous les établissements hospitaliers qui veulent conclure ladite convention et à ceux qui en sont ainsi exclus. Elle estime que, plutôt que de s'appliquer uniquement entre les parties à la convention, la partie adverse entend appliquer cette disposition aux tiers pour opérer un tri entre les établissements qui pourront ou ne pourront pas bénéficier du régime particulier de la convention. Elle ajoute que la meilleure preuve du caractère réglementaire de cette disposition est que la partie adverse entend s'en autoriser pour la lui appliquer alors qu'elle n'a pas conclu la convention afin de, précisément, lui refuser l'accès à celle-ci. Elle en déduit que la convention-type a la portée d'un acte réglementaire et que le Comité de l'assurance de l'INAMI n'avait aucune compétence pour l'adopter, en sorte que l'exercice d'une telle compétence par cet organe viole l'article 33 de la Constitution et l'article 22 de la loi AMI. Elle soutient, en outre, que l'adoption d'un tel régime réglementaire nécessite la consultation préalable de la Section de législation du Conseil d'État, ce qui n'a pas été fait en l'espèce, en telle sorte que la convention-type viole également les articles 3 et 84 des lois coordonnées sur le Conseil d'État.

Quant à l'incompétence de l'INAMI pour modifier la nomenclature

La partie requérante rappelle qu'en vertu de l'article 35, §§1^{er} et 2, de la loi AMI, le Roi est seul compétent pour adopter et modifier la nomenclature des prestations de soins de santé, que cet article, en son paragraphe 1^{er}, dispose aussi que

« les tarifs découlant de la nomenclature constituent pour tous les praticiens de l'art de guérir, le maximum des honoraires pouvant être exigés » et que son paragraphe 2 énonce les conditions dans lesquelles le Roi est compétent pour modifier la nomenclature.

En l'espèce, elle constate qu'en approuvant la proposition de convention-type sur le suivi diagnostic des enfants nés prématurément, le Comité de l'assurance crée de nouveaux codes de nomenclature qualifiés de « pseudo-codes » qui sont énumérés à l'article 18 de la convention alors que ces codes ne ressortent d'aucune autre disposition réglementaire. Elle estime qu'en créant des « pseudo-codes » de nomenclature, le Comité de l'assurance contourne la réglementation précitée et s'attribue les compétences du Roi en créant une nomenclature « parallèle » non conforme aux règles définies par Lui.

Même à supposer que le Comité de l'assurance soit compétent pour adopter et modifier la nomenclature et créer une nomenclature parallèle, la requérante soutient qu'il ne peut, en tout cas, pas le faire dans le cadre d'une convention-type, adoptée sur pied de l'article 22, 6°, ou 6°bis, de la loi AMI, qui limite son accès à certains services hospitaliers agréés, tout en excluant d'autres services agréés. Elle fait observer que si l'INAMI crée des codes de nomenclature permettant de porter en compte des prestations de bilan de suivi des enfants nés prématurément, c'est qu'il reconnaît que de telles prestations sont nécessaires pour assurer un suivi médical du développement de l'enfant. Or, selon elle, à partir du moment où cette nécessité est établie, tous les services NIC qui sont agréés doivent pouvoir porter en compte de telles prestations et l'INAMI n'a aucune compétence pour interdire à certains services agréés de porter en compte de telles prestations tout en autorisant d'autres à le faire. Elle considère, en conséquence, que l'adoption d'une convention-type excluant certains services hospitaliers agréés de la faculté de porter en compte des prestations pour lesquelles un code de nomenclature a été adopté, aboutit à violer l'article 35 de la loi AMI ainsi que les articles 10 et 11 de la Constitution puisque cela aboutit à créer une discrimination entre services hospitaliers agréés.

Quant à l'incompétence pour fixer des critères de programmation et/ou un moratoire des services hospitaliers pouvant bénéficier de la nomenclature modifiée

La partie requérante rappelle que la compétence pour établir des règles

de programmation à l'égard d'établissements hospitaliers est fixée par les articles 36 et suivants de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux, que ces critères de programmation doivent consister en « des règles ou formules forfaitaires mathématiques destinées à mesurer les besoins, compte tenu notamment des chiffres de la population, de la structure d'âge, de la morbidité et de la répartition géographique », que « ces critères sont d'application sur l'ensemble du territoire » et que la loi sur les hôpitaux autorise à fixer une programmation pour le nombre d'hôpitaux, services, groupements, fonctions et programmes de soins, de lits dans les hôpitaux universitaires, de lits en hôpitaux psychiatriques, de places en habitations protégées et homes de séjour provisoire, d'appareils médicaux lourds et services médico-techniques, de laboratoires de biologie clinique et de services médico-techniques lourds.

Elle constate qu'en l'espèce, la convention-type approuvée par le Comité de l'assurance a pour objet de créer, en dehors des hypothèses susvisées, une programmation ou, à tout le moins, un moratoire des établissements qui pourront porter en compte les prestations visées par les pseudo-codes créés puisque l'article 4, § 2, de la convention explique qu'« afin de garantir la qualité du suivi proposé dans le cadre de la présente convention pour les enfants nés prématurément, le nombre d'établissements pouvant prétendre à son bénéfice est limité ».

Elle constate que cette programmation est élaborée selon une répartition géographique puisque l'article 4, § 3, de la convention dispose que « si, pour une province concernée, les établissements hospitaliers qui disposent d'un service NIC de cette même province n'atteignent pas le nombre minimum de patients comme prévu par le § 2 du présent article, la présente convention pourra être conclue avec l'établissement hospitalier qui dispose d'un service NIC et qui aura pris en charge le plus de patients qui répondent aux critères du § 2 du présent article dans cette province » et que l'INAMI entend autoriser au moins un service NIC par province. Elle souligne que le procès-verbal de la réunion du 27 mars 2018 du Conseil d'accord confirme cette intention de fixer un moratoire puisqu'il est indiqué que « la convention pour le suivi des enfants nés prématurément se limiterait donc aux seuls services NIC qui répondent à ces conditions » et que « [l]a porte ne sera pas laissée ouverte pour conclure des conventions supplémentaires à l'avenir ».

Selon elle, l'INAMI entend donc bel et bien instaurer un nombre maximum d'établissements hospitaliers qui pourront s'inscrire dans cette activité de suivi multidisciplinaire des enfants prématurés ou, à tout le moins, qui seront en

mesure de porter en compte ces prestations à l'INAMI, notamment, au regard de critères géographiques comme le prévoit la loi sur les hôpitaux pour la programmation. Elle soutient qu'une telle manière de procéder viole les règles d'établissement de la programmation, telles que définies aux articles 36 et suivants de la loi coordonnée sur les hôpitaux puisque, notamment :

- seul le Roi est compétent pour fixer les critères de la programmation ;
- la loi n'habilite pas à fixer une programmation dans d'autres cas et sur la base d'autres critères que ceux définis dans la loi ;
- le Conseil national des établissements hospitaliers n'a pas été consulté.

d) Quatrième branche

La partie requérante indique que l'article 4, § 2, de la convention-type est rédigé de manière à filtrer les établissements hospitaliers disposant d'un service NIC qui peuvent accéder à cette convention et que cette limitation est imposée « afin de garantir la qualité du suivi proposé dans le cadre de la présente convention pour les enfants nés prématurément ». Elle précise que, conformément à la disposition précitée, seuls peuvent conclure la convention les établissements hospitaliers qui disposent d'un service NIC ayant comptabilisé au moins 40 patients différents qui, cumulativement :

- ont été admis au moins un jour dans le service NIC en question dans le courant de l'année 2015 ;
- ont bénéficié, au plus tard le 30 juin 2016, d'une prestation de bilan dans le cadre de la convention pour le suivi des enfants nés prématurément qui était d'application avant l'entrée en vigueur de la nouvelle convention.

Elle constate que, pour vérifier cette double condition, il est prévu que sont seuls pris en compte les patients encodés dans la base de données de l'Agence Intermutualiste sur la base des données comptabilisées par les organismes assureurs jusqu'au 31 mars 2017.

Elle écrit comprendre que les critères de filtre ont été fixés de manière à ne retenir que les services NIC qui disposent de la plus grande expérience en matière de suivi des enfants nés prématurés, lesquels seraient les plus à même d'assurer un suivi de qualité, mais estime que le choix de ces critères ne permet absolument pas d'atteindre cet objectif.

Quant à la période de référence inadéquate, discriminatoire et contraire au principe de non-rétroactivité

La partie requérante reproche à la partie adverse d'évaluer la qualité d'un service au regard du nombre d'admissions en 2015 et des bilans réalisés jusqu'au 30 juin 2016. Elle relève qu'alors que la première convention est entrée en vigueur le 1^{er} septembre 2014 et a produit ses effets jusqu'au 31 décembre 2018, la partie adverse a entendu limiter l'expérience à tirer de cette convention à une période d'un an et demi et déjà ancienne de quatre ans. Compte tenu de l'objectif de garantir la qualité des suivis, la partie requérante estime que rien ne justifie que l'INAMI limite ainsi la période de référence et refuse de tenir compte des statistiques portant sur toute la période d'exécution de la convention antérieure qui venait à échéance le 31 décembre 2018, ce d'autant plus que l'INAMI se base sur les données de l'Agence Intermutualiste, lesquelles ne s'arrêtent évidemment pas au 30 juin 2016 et sont très facilement mises à disposition de la partie adverse. Elle affirme encore que l'INAMI connaît presque au jour le jour, le nombre de bilans qui ont été portés en compte par chaque hôpital puisqu'il dispose des données de facturation et qu'il sait très aisément isoler ces prestations par le biais des pseudo-codes prévus dans la convention de 2014.

Elle observe qu'une autre limitation incompréhensible de la période de référence provient du fait qu'on limite les patients à prendre en compte aux « données comptabilisées par les organismes assureurs jusqu'au 31 mars 2017 », que cette période est d'autant plus inadéquate que, comme cela a été relevé lors de la réunion du Conseil d'accord du 27 mars 2018, « en 2015, il y a eu d'énormes retards à l'INAMI pour l'approbation des dossiers », que l'INAMI reconnaît lui-même le caractère inadéquat de cette limitation puisque la convention indique qu'il aurait fixé un seuil artificiellement bas afin de tenir compte « du fait qu'il y avait un certain retard dans la facturation de bilans effectués en 2015 et 2016 » et que, pourtant, il entend précisément retenir la période durant laquelle ces retards ont été les plus marqués et réduit encore davantage cette période en ne prenant en compte que ce qui a été facturé jusqu'au 31 mars 2017. Or, la partie requérante soutient que si les statistiques étaient faussées par ce retard dans la facturation, rien n'empêchait de tenir compte des données arrêtées, par exemple, au 31 mars 2018.

La partie requérante est d'avis que cette double limitation temporelle aboutit à des discriminations puisqu'elle revient à retenir des établissements qui, pour la période donnée, peuvent justifier d'un nombre de patients plus élevé, mais

qui, sur la base de la période complète de l'exécution de la convention antérieure, seraient moins bien classés que les établissements hospitaliers non retenus. Elle ajoute que cette limitation temporelle est d'autant moins justifiée qu'un rapport annuel 2017 a été établi à l'attention de l'INAMI par le Collège mère-enfant des centres de suivi, lequel reprend intégralement les données statistiques de suivi des enfants nés grands prématurés, ce rapport indiquant que « les résultats présentés ci-dessous sont basés sur tous les bilans réalisés depuis le 1^{er} janvier 2016 jusqu'au 31 décembre 2016 inclus ». Selon elle, cela démontre que l'INAMI disposait, à tout le moins, des statistiques jusqu'au 31 décembre 2016 et que, dès lors, rien ne justifiait qu'il limite la période de référence au 30 juin 2016.

Elle fait, de plus, valoir que la limitation de la période de référence constitue une violation des principes de légitime confiance et de non-rétroactivité puisqu'elle est privée, en 2019, de l'accès à une convention en raison d'une manière de procéder ayant eu cours en 2015 et en 2016, alors qu'au moment où elle décide d'admettre des patients, d'éventuellement les référer à des services d'autres établissements et de facturer ou ne pas facturer des bilans à l'INAMI, elle n'est pas en mesure de présumer que ce comportement aura une incidence sur ses chances de pouvoir bénéficier de la nouvelle convention de 2019. Elle considère être particulièrement préjudiciée dans la mesure où, pendant la période de référence, elle s'est abstenue de facturer via les « pseudo-codes » tous les bilans réalisés pour les patients du groupe 2 (+ de 1.500 gr. à la naissance) et que si elle avait su que cela déterminerait la possibilité de bénéficier de la convention dans le futur, il est évident qu'elle aurait procédé autrement. Elle rappelle que, selon la Cour constitutionnelle, « la non-rétroactivité des lois, prévue par l'article 2 du Code civil, est une garantie ayant pour but de prévenir l'insécurité juridique[,] [c]ette garantie exige[ant] que le contenu du droit soit prévisible et accessible, de sorte que le justiciable puisse prévoir, à un degré raisonnable, les conséquences d'un acte déterminé au moment où cet acte se réalise ». Elle ajoute que le Conseil d'État a estimé que même lorsqu'une disposition ne prévoit pas formellement de rétroagir à une date antérieure à sa publication, le fait de tenir compte d'une situation antérieure à son entrée en vigueur constitue, en soi, une forme de rétroactivité qui n'est pas admissible lorsqu'elle impose des charges supplémentaires au destinataire de la mesure en raison d'un comportement dont les conséquences juridiques ne pouvaient pas être anticipées.

Quant à la non-prise en compte des patients « hors INAMI » et des facturations hors « pseudo-codes » de la convention antérieure

La partie requérante constate que l'expérience des services NIC est évaluée sans tenir compte des patients qui ne relèvent pas de l'INAMI, mais qui ont bénéficié d'un suivi parfaitement identique aux patients INAMI alors que la prise en charge de ces patients témoigne tout autant de l'expérience dont dispose le service NIC en question. Elle soutient qu'un service NIC qui compte un nombre important de patients « hors INAMI » sera donc discriminé par rapport à un autre établissement, ce qui est son cas puisqu'elle comptabilise un certain nombre de patients admis en 2015 qui ont un bilan avant le 1^{er} juillet 2016, mais qui n'ont pas fait l'objet d'une facturation à l'INAMI.

Elle ajoute que les critères font également abstraction des prestations de bilan qui ont été réellement effectuées, mais qui n'ont pas fait l'objet d'une facturation par le biais des pseudo-codes prévus par la convention antérieure alors qu'en l'espèce, elle a limité la facturation des pseudo-codes aux seuls patients du groupe 1 de bénéficiaires, à savoir ceux qui ont un poids à la naissance de moins de 1.500 gr.

Quant au fait que les services NIC sont pénalisés lorsqu'ils reçoivent des patients d'un autre service NIC

La partie requérante rappelle les critères d'accès, fixés par l'article 4, § 2, de la convention, et constate que, pour pouvoir mettre en compte un patient, il faut qu'il ait été admis en 2015 dans le service NIC de l'hôpital qui entend s'en prévaloir. Il en résulte, selon elle, que dans le cas où un patient est initialement admis dans un autre hôpital, mais qu'il reçoit le bilan dans son service, ce n'est pas elle qui pourra se prévaloir de ce patient, mais l'hôpital qui l'a initialement admis. Elle estime que cela est totalement contraire au but poursuivi puisque ce n'est pas l'hôpital qui a réalisé le bilan qui est avantagé, mais, au contraire, celui qui s'est contenté d'admettre le patient en 2015 pour le renvoyer ensuite vers un autre hôpital.

Elle souligne que cette discrimination a été dénoncée lors de la première réunion du Conseil d'accord du 27 mars 2018 où il était indiqué que « certains centres sont désavantagés avec ce nouveau système », que « [d]énormes efforts ont été faits pour coopérer avec d'autres sites », que « des enfants étaient régulièrement envoyés sur d'autres sites » et qu'« ils sont maintenant désavantagés, car le nombre

de bilans exécutés pour leur propre site est donc inférieur ». Elle indique que cette collaboration entre les sites résultait précisément du souhait de l'INAMI de privilégier la concentration de l'expertise. Elle rappelle qu'elle a conclu une convention de collaboration avec le CHU St-Pierre et l'UZ VUB qui, grâce à cette association, a pu bénéficier des conditions de la convention par l'intermédiaire de l'HUDERF, que cette association entre les services NIC des trois institutions hospitalières impliquait que les parties concernées se réfèrent mutuellement des patients admis au sein de leurs services NIC, que c'était, par exemple, le cas des patients francophones admis à l'UZ VUB ou des patients néerlandophones admis à l'HUDERF ou au CHU St-Pierre et que, dans la mesure où les prestations de bilan impliquent notamment des examens de logopédie, il était indispensable que les bilans puissent être réalisés dans un hôpital de la langue du patient. Or, elle observe que ces patients qui ont été admis dans un autre hôpital, mais qui ont reçu une prestation de bilan dans son service, ne peuvent pas être comptabilisés en vertu de la convention et que les établissements hospitaliers qui ont conclu de telles conventions de collaboration ou qui ont effectué des bilans pour des patients admis au départ dans d'autres hôpitaux sont donc discriminés par rapport aux autres établissements hospitaliers qui n'ont pas procédé de la sorte.

Quant à l'expérience fondée uniquement sur les services NIC qui ont bénéficié de la convention antérieure

La partie requérante constate que pour évaluer l'expérience utile permettant de garantir la qualité du suivi, l'INAMI choisit de ne prendre en compte que les patients qui ont été suivis dans le cadre de la convention antérieure. Elle en déduit qu'un service NIC qui n'a pas pu accéder à cette convention ne sera pas non plus en mesure de prétendre au bénéfice de la nouvelle convention, ce même s'il dispose de la plus grande expérience en matière de suivi des enfants nés grands prématurés. Selon elle, il est ainsi possible qu'un service NIC qui a effectué un suivi des enfants prématurés d'une manière parfaitement conforme à ce que prévoit la nouvelle convention et pour un très grand nombre de patients ne puisse malgré tout pas bénéficier de la convention pour le seul motif qu'il n'avait pas conclu la convention précédente.

Quant à l'absence de prise en compte du nombre total de bilans réalisés

La partie requérante rappelle que les critères de l'article 4, § 2 de la convention consistent à ne prendre en compte que le nombre de patients ayant reçu

au moins un bilan alors que si l'on veut garantir un niveau de qualité au regard de l'expérience d'un service, il s'impose de tenir compte du nombre total de bilans réalisés et que, dans la mesure où chaque patient est susceptible de recevoir au maximum quatre bilans, il est probable que le nombre total de bilans soit supérieur au nombre de patients pour une période donnée. Selon elle, le critère est discriminatoire en ce qu'il traite de la même manière des établissements qui ont exécuté un nombre différent de bilans, mais qui comptabilisent le même nombre de patients.

Quant aux discriminations à l'égard des patients

En raison des conditions imposées par l'INAMI, la partie requérante indique que les patients admis dans le service NIC d'un établissement exclu du bénéfice de la convention pourront continuer à être traités dans ces services, mais ils ne pourront pas bénéficier du suivi organisé par la convention. Elle en déduit qu'ils sont discriminés puisqu'ils ne sont pas en mesure de recevoir les mêmes prestations de suivi qu'un patient d'un service NIC ayant pu conclure la convention.

B. Mémoire en réplique

a) Première branche

La partie requérante constate que la partie adverse retient elle-même que la décision attaquée du 17 décembre 2018 approuvant le projet de convention-type ne pourrait pas trouver son fondement dans l'article 22, 6°*bis*, de la loi AMI. Or, elle estime que ce n'est pas parce que cette disposition ne pourrait pas trouver à s'appliquer que l'on devrait trouver le fondement légal de la convention dans l'article 22, 6°, de cette même loi.

Elle rappelle les règles classiques d'interprétation des textes légaux parmi lesquelles il n'y a pas lieu d'interpréter un texte clair. Elle soutient qu'en tout état de cause, l'interprétation d'un texte de loi ne peut certainement pas résulter, comme le soutient la partie adverse, de « la pratique » et, encore moins, de la pratique des centres ayant bénéficié de la convention précédente. Selon la requérante, en précisant que la notion d'« établissements de rééducation fonctionnelle » et de « centres de soins multidisciplinaires » devrait être interprétée de manière large et inclure les établissements hospitaliers, la partie adverse ajoute au texte de loi une précision qu'il ne comporte pas, ce qui revient à violer cette loi. Elle

rappelle que l'article 22, 6°, de la loi AMI fait référence à l'article 23, § 3, de la même loi, lequel énumère limitativement les types de conventions pouvant être conclues sur la base de ce fondement légal et relève qu'aucune des hypothèses visées dans cette disposition n'autorise à conclure des conventions avec les établissements hospitaliers.

Elle observe qu'en espèce, aucune des conventions n'a été conclue avec des « établissements de rééducation fonctionnelle » ou avec des « centres de soins multidisciplinaires coordonnés » et que ce sont, à chaque fois, des établissements hospitaliers qui signent ces conventions « au nom de » centres dépourvus de la personnalité juridique. Selon elle, ce processus démontre clairement qu'on s'écarte de l'intention du législateur en concluant des conventions avec des établissements hospitaliers plutôt qu'avec des centres qui ne pourraient disposer de la personnalité juridique que, précisément, s'ils étaient constitués en dehors d'un hôpital.

Elle indique que la faculté de conclure des conventions avec les établissements hospitaliers est prévue dans une autre disposition, à savoir l'article 22, 6°bis, qui vise expressément l'hypothèse de la conclusion de convention entre l'INAMI et des « établissements hospitaliers », ce que ne prévoit pas l'article 22, 6°. Selon elle, il faut en déduire que c'est de manière délibérée que le législateur a entendu distinguer l'hypothèse d'une convention conclue avec des établissements hospitaliers par rapport à celles qui concernent d'autres types d'établissements, tels les « établissements de rééducation fonctionnelle » ou les « centres multidisciplinaires ».

Elle relève encore que les prestations de bilans prévues par la convention-type litigieuse sont sans rapport avec des soins liés à la « rééducation fonctionnelle », puisqu'elles visent « à installer un système de suivi multidisciplinaire minimal, systématique et uniforme accessible aux enfants grands prématurés visés par la présente convention, permettant le diagnostic précoce des troubles du développement liés à la grande prématurité ». Elle souligne que, dans la mesure où les prestations sont essentiellement centrées sur la détection d'anomalies ou d'affections, il ne peut s'agir de prestations de rééducation fonctionnelle visant à diminuer le caractère invalidant et à rétablir les fonctions du corps humain. Elle en déduit que c'est à tort que la partie adverse s'appuie sur les articles 22, 6°, et 23, § 3, de la loi AMI pour fonder la décision attaquée.

Elle conteste l'affirmation selon laquelle la convention reposerait sur la

faculté d'établir des conventions visant à couvrir les « programmes de soins dispensés par les centres multidisciplinaires coordonnés » puisque la convention-type n'est pas conclue avec des « centres », mais avec des établissements hospitaliers, que les prestations en question doivent concerner des « programmes de soins », lesquels sont définis à l'article 12 de la loi sur les hôpitaux qui habilite le Roi à adopter la liste des types de programmes de soins et à soumettre ceux-ci à des conditions pour qu'ils soient agréés, que cette liste est définie à l'arrêté royal du 15 février 1999 « fixant la liste des programmes de soins, visée à l'article 12 de la loi coordonnée le 10 juillet 2008 (...) », que l'article 2^{quater} de cet arrêté liste les dispositions de la loi sur les hôpitaux qui s'appliquent à ces programmes de soins et qu'il en résulte que ces programmes de soins sont soumis à des normes d'agrément spécifiques. Elle soutient que la faculté de conclure des conventions pour les « programmes de soins dispensés par les centres multidisciplinaires coordonnés » est limitée aux programmes qui bénéficient d'un agrément et répondent aux conditions de cette loi et constate que la convention-type litigieuse, destinée à être conclue avec les établissements hospitaliers « au nom de » centres qui ne disposent pas de la personnalité juridique, ne concerne donc pas cette hypothèse. Elle en déduit que les articles 22, 6°, et 23, § 3, précités ne pouvaient pas servir de fondement à la convention-type litigieuse.

b) Deuxième branche

La partie requérante reconnaît qu'il ressort de la pièce 37 du dossier administratif « Note CSS 2017/371 du 6 novembre 2017 » que le Collège des médecins-directeurs a transmis au Comité de l'assurance une liste d'experts devant être associés à l'élaboration du projet de convention-type et que ce document mentionne qu'« il s'agit en pratique des représentants des Centres de suivi des enfants nés prématurément qui sont membres du Conseil d'accord ». Elle constate cependant que le Comité de l'assurance n'a pas été invité à se prononcer sur cette liste puisque l'encadré « missions du Comité de l'assurance » qui énumère les points sur lesquels il doit se prononcer se limite aux éléments suivants :

- « Le Comité de l'assurance est prié :
- De conclure le projet d'avenant joint en annexe 1 à la présente note ;
 - De prendre connaissance du rapport annuel qui figure en annexe 2 à la présente note ;
 - D'approuver le formulaire de demande qui figure en annexe 4 à la présente note. »

Selon elle, le fait que le Comité de l'assurance « peut », mais ne doit pas

proposer de modifications de la liste d'experts ne dispense pas le Collège des médecins-directeurs de lui donner l'occasion de se prononcer sur la question. Elle constate d'ailleurs que, même lorsqu'il s'agit d'aspects purement informatifs, tels que « prendre connaissance du rapport annuel », cela figure dans la liste des points que le Comité de l'assurance est prié d'examiner. Elle relève que le Comité de l'assurance s'est d'ailleurs prononcé sur chacun des trois points à propos desquels il était expressément amené à intervenir, en ce compris la prise de connaissance du rapport annuel.

La requérante soutient aussi que la mission assignée au Conseil d'accord en vertu de la convention de 2014 (suivre l'exécution de la convention) est sans intérêt pour examiner le bien-fondé de la critique puisqu'il ressort clairement du dossier administratif que la partie adverse a entendu confier une nouvelle mission à celui-ci ou, à tout le moins, à l'ensemble des membres qui le composent, en le chargeant de collaborer à l'élaboration de la convention, compte tenu de son expertise en la matière. Elle souligne, en outre, que c'est formellement en tant que membres du Conseil d'accord que les personnes interviennent à la réunion du 27 mars 2018, ce qui ressort expressément du procès-verbal de la réunion et qu'il est donc admis que c'est cet organe qui a été habilité à participer à l'élaboration de la nouvelle convention.

Elle conteste que la réunion du 27 mars 2018 aurait permis, à elle seule, de finaliser l'élaboration du projet de convention, en telle sorte que la présence des « experts » désignés n'était plus nécessaire lors des réunions ultérieures qui auraient eu pour seul objectif de discuter, avec les services NIC des établissements retenus, les modalités d'application de la convention. Selon elle, cette affirmation est triplement erronée. Tout d'abord, le procès-verbal de la réunion du Collège des médecins-directeurs du 24 janvier 2018 démontre que le Collège des médecins-directeurs a arrêté seul les critères d'admissibilité à la convention avant même la réunion du 27 mars 2018. Ensuite, au terme de cette réunion du 27 mars, il a été expressément décidé d'approfondir la question des conditions d'admissibilité lors d'une prochaine réunion. Elle indique, à ce sujet, que deux comptes-rendus de la réunion du Conseil d'accord ont été rédigés : l'un unilatéralement par le Collège des médecins-directeurs (pièce 47 du dossier administratif), l'autre par la responsable du *follow-up* de la convention auprès du Collège mère-enfant et transmis à l'ensemble des représentants des services NIC membres du Conseil d'accord (pièce annexée au mémoire en réplique). La partie requérante estime que c'est ce document qui doit être pris en compte, car c'est le seul qui a été soumis contradictoirement à tous les

représentants des centres ayant signé la convention antérieure. En toute hypothèse, elle constate que, dans les deux documents, il est établi que la question de la définition des seuils d'admissibilité n'était pas réglée et devait encore mener à une réflexion plus approfondie lors de réunions ultérieures. Enfin, il ressort, selon elle, des comptes-rendus des réunions postérieures à celles du 27 mars 2018, qui ne rassemblent que les représentants des services NIC sélectionnés sur la base des critères d'accès de la nouvelle convention, que les discussions ont continué à porter sur le contenu de la convention et ont abouti à des modifications du projet. Elle relève que de nombreux documents, postérieurs à la réunion du 27 mars 2018, attestent du fait que le contenu de la convention restait à discuter (pièces n° 52, 55, 56, 61 et 64 du dossier administratif). Selon elle, c'est donc de manière totalement erronée que la partie adverse prétend que « les principes de la nouvelle convention avaient été établis » à l'issue de la réunion du 27 mars 2018. Pour le surplus, elle souligne que le délai de neuf mois qui s'est écoulé entre la réunion du 27 mars et la soumission de la convention au Comité de l'assurance démontre que celle-ci était loin d'être finalisée.

La partie requérante indique qu'en toute hypothèse, la réunion du 27 mars 2018 était également irrégulière pour les raisons suivantes :

- le Conseil d'accord n'a pas été convoqué selon les formes prévues par l'article 17, § 3, de la convention de 2014 puisque la convocation ne fait pas suite à une décision de la Présidente du Conseil d'accord ;
- parmi les 7 experts de la liste soumise au Comité de l'assurance, seuls cinq d'entre eux ont été convoqués ;
- seuls trois des sept experts de cette liste étaient effectivement présents à cette réunion.

Elle en déduit que le Collège des médecins-directeurs n'a pas du tout respecté la liste d'experts qu'il avait initialement soumise au Comité de l'assurance, en telle sorte que l'article 22, 6°, de la loi AMI a été violé.

c) Troisième branche

Quant à l'incompétence du Comité de l'assurance pour fixer des dispositions réglementaires par la voie de conventions-type

La partie requérante soutient que s'il est logique que l'on fixe, dans les conventions, des conditions visant à limiter le bénéfice du remboursement des

prestations, le Comité de l'assurance n'est, en revanche, pas compétent pour donner une portée réglementaire à ces conventions en y insérant des clauses qu'elle entend opposer à des tiers à la convention. À son estime, soit la partie adverse entendait limiter réglementairement la possibilité de conclure des conventions, auquel cas cette disposition réglementaire devait être adoptée par le Roi dans le cadre d'un arrêté royal, soit elle considérait que les conditions de remboursement devaient permettre de limiter l'impact financier pour l'INAMI, auquel cas il fallait s'entendre, dans le cadre du processus d'élaboration de la convention, pour fixer de telles conditions applicables à tous, sans pour autant exclure en amont la possibilité de conclure ces conventions.

Elle renvoie au processus d'adoption des accords médico-mutualistes qui prévoient la faculté d'arrêter des « accords » conditionnant la possibilité de remboursement de certaines prestations, ces accords pouvant être conclus par tous, sans exclusion, et s'appliquer même à ceux qui ne l'ont pas conclu lorsqu'une proportion suffisante des praticiens y a adhéré. Elle souligne que c'est ce qui a conduit le Conseil d'État à reconnaître à ces « accords », la portée d'un acte réglementaire.

En toute hypothèse, la partie requérante observe que la partie adverse ne dispose pas du pouvoir arbitraire de déterminer, en dehors de toute disposition légale, qui est en mesure de bénéficier ou non des conventions et que, même à supposer que l'INAMI dispose d'une telle compétence par le biais de l'élaboration de conventions – *quod non* –, elle ne peut être exercée de manière discriminatoire, ce qui est pourtant le cas en l'espèce.

Quant à l'incompétence de l'INAMI pour modifier la nomenclature

La partie requérante fait valoir que c'est habituellement le Roi qui adopte les arrêtés modifiant les pseudo-codes de nomenclature, ce qui démontre bien, selon elle, qu'une telle compétence ne ressortit pas à la compétence des organes de l'INAMI.

Quant à l'incompétence de l'INAMI pour fixer des critères de programmation et/ou un moratoire

La partie requérante rappelle que la partie adverse a fait le choix d'adopter une convention-type à conclure avec des établissements hospitaliers plutôt

qu'avec des établissements de rééducation fonctionnelle ou des centres multidisciplinaires coordonnés. Elle affirme qu'à partir du moment où cette convention-type est vouée à s'appliquer à des hôpitaux, l'intention de la partie adverse est d'appliquer, par des moyens détournés, une programmation hospitalière au sens de la loi sur les hôpitaux ou, à tout le moins, un moratoire.

Elle expose que l'article 36 de la loi coordonnée sur les hôpitaux habilite le Roi à fixer, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, les critères de programmation pour les hôpitaux et les services hospitaliers sur la base de « leur spécialisation, leur capacité, leur équipement et la coordination de leurs installations et de leurs activités, compte tenu des besoins généraux et spéciaux de la population à desservir à l'intérieur d'un territoire à fixer » et que l'article 37 ajoute que ces critères sont « des règles ou formules forfaitaires mathématiques destinées à mesurer les besoins compte tenu notamment des chiffres de la population, de la morbidité et de la répartition géographique ». La partie requérante constate que la méthodologie suivie par la partie adverse en l'espèce correspond exactement à ces définitions (un établissement par province), si ce n'est que ces critères sont élaborés dans le cadre d'une convention-type adoptée par le Comité d'assurance de l'INAMI.

Elle soutient que les pièces 26, 42 et 52 du dossier administratif témoignent d'une réelle volonté d'élaborer un moratoire au sujet du nombre maximal de services qui pourraient conclure la convention et prétendre à un remboursement, voire d'instaurer une programmation sur la base d'une répartition géographique par province. Elle estime que le caractère programmatique de la convention-type résulte de ce que ses conditions d'accès ont été fixées dans le but d'arrêter définitivement le nombre d'établissements pouvant bénéficier de la convention. Selon elle, c'est la raison pour laquelle la partie adverse a fixé ces conditions en se référant rétroactivement à une période définitivement révolue, de manière à empêcher tout autre service NIC de pouvoir conclure la convention à l'avenir.

Elle ajoute que la jurisprudence du Conseil d'État est constante pour considérer que la prise en charge par l'assurance maladie-invalidité constitue la condition *sine qua non* pour réaliser une prestation de soins, qu'il juge ainsi que « l'impossibilité d'obtenir le remboursement de soins médicaux est de nature à détourner une partie de la clientèle d'un médecin [et] que cette circonstance influe non seulement sur la liberté de choix par le patient d'un médecin, mais aussi sur le droit d'exercer la profession médicale », que c'est d'autant plus le cas en l'espèce

puisque'il s'agit d'inviter les parents des nouveau-nés à faire réaliser, sur une base volontaire, des bilans réguliers permettant d'alimenter les statistiques en matière d'affections qui sont susceptibles d'atteindre les grands prématurés et que le droit de bénéficier d'un remboursement conditionne la possibilité de réaliser des prestations qui ont un but, non pas curatif, mais préventif, voire purement statistique. Selon elle, il est évident que, sans une prise en charge par l'assurance maladie-invalidité, aucune prestation ne sera plus réalisée, ce d'autant que d'autres établissements sont en mesure d'offrir le même service avec un remboursement par l'INAMI.

d) Quatrième branche

Quant à la période de référence inadéquate, discriminatoire et contraire au principe de non-rétroactivité

Outre les éléments invoqués dans la requête, la partie requérante fait valoir qu'il ne peut lui être reproché de faute dans son chef en ce qu'elle aurait tardé à facturer les prestations de bilan puisqu'en vertu des règles en vigueur, elle dispose d'une durée de deux ans pour porter en compte les prestations réalisées. Elle indique que si elle avait su, dès le départ, qu'on lui appliquerait rétroactivement des critères inadaptés, elle aurait évidemment pris toutes les mesures pour facturer, dans le délai visé à l'article 4 de la nouvelle convention, un maximum de bilans réalisés. Elle soutient que c'est la partie adverse qui est fautive en appliquant rétroactivement des critères que les établissements n'étaient pas en mesure de connaître.

Quant à l'exclusion des bilans « hors INAMI » et hors « pseudo-codes »

Elle rappelle qu'elle critique d'abord la non-prise en compte de bilans qui ont été réalisés, mais qui ne peuvent pas être portés en compte à l'INAMI (ex : patients CPAS ou étrangers). Elle souligne que sa patientèle est constituée largement de personnes précarisées ou d'origine étrangère, de sorte qu'elle est fortement et bien plus impactée par cette non-prise en compte que la plupart des autres établissements hospitaliers ayant bénéficié de la convention précédente.

Elle indique qu'elle conteste ensuite la non-prise en compte de bilans réalisés pour des patients relevant de l'INAMI, mais pour lesquels les prestations ont été portées en compte en dehors des pseudo-codes de la convention. Elle explique cette absence de facturation en se référant à l'article 7, § 7, de la convention de 2014, qui, pour le groupe 2 des bénéficiaires, limite à deux le nombre de bilans qui

peuvent être portés en compte (d'une part, un bilan A, B ou C et, d'autre part, un bilan D). Selon elle, il ne peut lui être reproché de s'être abstenue de facturer des pseudo-codes alors qu'elle n'avait pas le droit de le faire puisque si elle avait facturé via les pseudo-codes plus de deux bilans par patient du groupe 2, elle aurait méconnu la convention. Puisque la convention imposait de choisir deux des quatre bilans, la partie requérante explique qu'elle a fait le choix, à l'époque, de ne porter en compte, pour les patients du groupe 2, que les bilans C et D, que ce choix a été fait pour des raisons liées au profil de ce type de patients, puisque les enfants du groupe 2 sont des patients avec des mamans présentant moins de signes de stress post-traumatique que celles dont les enfants sont nés plus petits (en âge gestationnel et en poids), qu'ils ont moins de risques de développer des troubles et qu'ils présentent moins de lésions cérébrales que les plus petits. Dès lors, le fait de privilégier le bilan C, juste avant leur entrée en petite classe de maternelle, était, selon elle, un bon choix permettant de voir où ils en étaient à tous les niveaux : langagier, développement moteur, cognitif et comportemental et permettant de leur prescrire les prises en charge adaptées à leurs besoins avant l'entrée à l'école. Elle estime que ce choix ne pourrait pas lui être reproché puisqu'à l'époque, elle ignorait que cela influencerait la possibilité de bénéficier de la future convention. Elle expose que si elle avait connu les critères en temps opportun, elle aurait évidemment procédé à un choix différent en facturant le bilan A ou B pour tous les patients, en ce compris ceux du groupe 2, ce qui lui aurait permis de se prévaloir de plus de patients puisque ces bilans étaient les seuls qui pouvaient être réalisés dans la mesure où les patients qui sont comptabilisés sont ceux qui ont été admis en 2015 et ont reçu le bilan durant cette année 2015 ou les six mois qui suivent. Elle constate que la période de référence étant limitée à maximum 18 mois à partir de l'admission, ce sont les seuls bilans qui pouvaient être réalisés durant cette période (cf. art. 7, §2, de la convention de 2014).

Elle soutient que l'INAMI disposait de toutes les données nécessaires pour vérifier le nombre total de bilans, même réalisés « hors INAMI » (chiffres de production, données du SPF Santé, rapports annuels du Collège mère-enfant, données à produire par les établissements, etc.). Elle ajoute que les prestations encodées hors pseudo-codes étant malgré tout portées en compte à l'INAMI, la partie adverse en a également connaissance et pouvait les prendre en compte.

Elle soutient que, pour démontrer l'illégalité des critères d'accès et leur caractère disproportionné, elle n'est pas tenue de démontrer qu'elle se serait trouvée dans une situation plus avantageuse que tous les autres établissements si ces critères

avaient été élaborés autrement. Elle ajoute qu'en cas d'annulation des actes attaqués, la partie adverse devrait établir de nouveaux critères (proportionnés et non discriminatoires) et qu'il n'est pas possible de présumer à ce stade de ce que serait sa situation si les critères devaient être refaits. Elle ajoute que c'est à la partie adverse de démontrer la légalité de son action et d'établir que la manière dont elle a élaboré les critères ne conduit pas à discriminer certains établissements tels que la partie requérante.

Quant au calcul basé sur le lieu d'admission plutôt que sur le lieu de réalisation du bilan

Pour la partie requérante, il s'agit d'une des incohérences les plus manifestes de l'article 4 de la convention puisqu'elle conduit à avantager des hôpitaux pour le simple fait d'avoir renvoyé un patient vers un autre hôpital, sans jamais avoir réalisé la moindre prestation de bilan.

Selon elle, ces critères sont d'autant plus incompréhensibles que, dans le cadre de la convention précédente, la partie adverse entendait privilégier les collaborations entre institutions afin de favoriser la concentration de l'expertise, qu'il s'agissait de la première étape vers une concentration plus poussée de l'expertise devant mener, à terme, à déplacer la même équipe sur différents sites, que c'est dans cet esprit qu'elle a bénéficié de la convention dans le cadre d'une association avec deux autres établissements hospitaliers – dont l'UZ VUB – et que cette collaboration l'a amenée à devoir suivre de nombreux patients admis au départ dans les services NIC d'un de ces autres établissements.

Elle explique que le service NIC de l'UZ VUB admet régulièrement des patients francophones, qui sont renvoyés vers les services NIC du CHU Saint-Pierre ou de l'HUDERF pour pouvoir bénéficier d'un suivi complet, les prestations de bilan comportant des soins de logopédie qui sont réalisés dans la langue du patient. Elle expose que cette situation avait été mise en évidence lors des discussions au sein du Collège des médecins-directeurs mais n'a finalement pas été prise en compte. Elle indique que la Région de Bruxelles-Capitale comportant plus de patients francophones que néerlandophones, le nombre de patients francophones renvoyés de l'UZ VUB vers les deux hôpitaux partenaires était plus important que celui de patients néerlandophones renvoyés vers l'UZ VUB depuis les services NIC de l'HUDERF ou du CHU Saint-Pierre. Outre le fait que ces critères conduisent à fausser totalement l'évaluation de l'expérience des services NIC en favorisant ceux

qui admettent des patients sans les suivre, la partie requérante estime qu'elle a été particulièrement préjudiciée compte tenu de son lien passé avec l'UZ VUB en matière de suivi des enfants nés prématurés.

Quant à l'exclusion des services NIC qui n'ont pas bénéficié de la convention antérieure

Selon la partie requérante, l'essentiel du problème réside dans le caractère rétroactif des critères mis en œuvre puisque les établissements hospitaliers se seraient positionnés autrement si, à l'époque de la conclusion de la première convention, ils avaient su qu'ils seraient privés *ad vitam aeternam* de toute possibilité de conclure à l'avenir une telle convention. La partie requérante soutient qu'elle a bel et bien un intérêt à formuler cette critique, dans la mesure où elle permet d'établir une rupture de l'équilibre voulu par la convention.

Quant à la non-prise en compte du total de bilans réalisés

La partie requérante rappelle que l'article 7, § 11, de la convention antérieure prévoit expressément que « chaque type de bilan prévu ne peut être effectué et porté en compte qu'une seule fois pour un bénéficiaire » et que la convention prévoit quatre types de bilans à réaliser en fonction de l'évolution de l'âge du patient (bilans A, B, C ou D). Elle estime que tout l'intérêt de ce mécanisme de suivi des patients réside dans le fait de pouvoir suivre les patients sur une longue durée afin d'évaluer l'évolution de leur état de santé. Elle en déduit qu'un établissement ne peut être pénalisé pour avoir réalisé le plus de bilans par patient.

Elle ajoute que la partie adverse disposait, pour la période de référence prise en compte, des informations relatives au nombre de bilans par patient, que ces données ressortent du rapport de l'Agence intermutualiste sur lequel la partie adverse s'est fondée pour établir le seuil d'admissibilité, qu'il ressort de la page 23 de ce rapport que, dans le courant de l'année 2015, 65 patients du centre HUDERF ont reçu deux prestations de bilans et 1 patient en a reçu quatre, qu'il s'avère aussi que ce centre est le deuxième centre qui a le plus grand nombre de patients ayant suivi plus d'un bilan. Elle relève que cette donnée a été délibérément omise par le Collège des médecins-directeurs lors de l'analyse des données récoltées.

Elle en déduit qu'elle a été injustement pénalisée par le critère fondé sur le nombre de patients admis plutôt que sur le nombre de bilans, alors que ce critère

est, selon elle, inadéquat par rapport à l'objectif de réserver la convention aux hôpitaux ayant la plus grande expérience dans l'établissement des bilans.

Quant à la discrimination à l'égard des patients

La partie requérante souligne que l'impossibilité de proposer le remboursement des prestations contrevient totalement aux principes de liberté thérapeutique et de libre choix du patient, que l'un des objectifs principaux de la convention est de permettre d'alimenter les bases de données dans le but de « soutenir le processus d'amélioration de la qualité des soins », que cela implique que le processus de suivi se fasse sur une base volontaire de la part des parents qui, en dehors de toute maladie et hors hospitalisation, doivent accepter la démarche de se rendre dans le service NIC concerné pour réaliser des bilans de suivi et qu'il est donc évident qu'un tel processus ne se réalisera pas sans une prise en charge des prestations par l'assurance maladie-invalidité.

Dans la mesure où d'autres centres pourront continuer à proposer des bilans remboursés, il est, à son estime, tout aussi évident que les patients qui souhaitent se rendre au sein de son service ne pourront plus le faire mais devront se rendre dans un établissement qui propose un tel remboursement des prestations. Dans ces conditions, la partie requérante qui est exclue de la convention soutient qu'elle ne pourra plus offrir les prestations de bilan sans pouvoir parallèlement proposer une prise en charge de celles-ci par l'assurance maladie-invalidité, ce qui contrevient également à la liberté thérapeutique.

e) Cinquième branche (développée pour la première fois dans le mémoire en réplique)

La partie requérante soutient que les critères d'admission à la nouvelle convention ont été élaborés sur la base de l'identification préalable des services NIC à retenir plutôt qu'au regard de l'objectif visant à privilégier la plus grande expérience dans l'établissement des bilans.

Elle affirme que la prétendue impossibilité de disposer de données pertinentes résulte du fait que, plutôt que de chercher à définir des critères d'admissibilité au regard de l'expérience moyenne des services NIC sur la base des données en sa possession, la partie adverse a voulu façonner les critères pour retenir ou exclure des services NIC préalablement identifiés. Selon elle, ces critères ont

donc été définis « à l'envers » puisque la partie adverse a d'abord déterminé les services NIC qui devaient bénéficier de la convention et a fixé ensuite les critères d'admissibilité en fonction de cet objectif.

Elle expose que de nombreuses pièces du dossier administratif attestent de cette méthodologie inversée et fait valoir qu'avant même de recevoir les données de l'AIM, le Collège des médecins-directeurs avait déjà défini les premières bases des critères à appliquer pour permettre une répartition par province entre les services NIC.

La partie requérante constate que le Collège des médecins-directeurs n'a pas cherché à déterminer le nombre total de bilans réalisés au sein de chaque service NIC, mais à connaître « le nombre de patients qui ont séjourné dans un NIC et qui répondent aux critères de la convention », ce qui ne permet pas de comparer l'expérience réellement acquise en matière de réalisation des bilans, privilégie le lieu d'admission d'un patient plutôt que l'établissement de soin qui établit les bilans visés à la convention et ne permet pas de prendre en compte la réalisation de plusieurs bilans par patient.

Elle fait grief au Collège des médecins-directeurs d'avoir opéré un tri arbitraire entre les données qu'il a jugées pertinentes et les autres, afin de ne retenir que celles qui lui permettent de désigner les services NIC qu'il avait préalablement identifiés. Elle souligne qu'alors que l'analyse des données fournies par AIM contient de nombreux tableaux différents, l'INAMI n'en a retenu qu'un seul – le tableau 2B – parce qu'il permettait de coller au mieux aux scénarii préétablis par l'INAMI quant aux services NIC à sélectionner.

Elle expose que c'est lors de la séance du 24 janvier 2018 du Collège des médecins-directeurs qu'une décision a été arrêtée pour définir les conditions d'admissibilité à la convention, qu'il est alors très clair que le seuil de 40 patients est fixé au départ de l'identification préalable des services NIC que le Collège des médecins directeurs souhaite retenir (des dérogations étant fixées sur mesure lorsque l'un de ces services NIC ne satisfait pas à ce seuil), que la réunion du 27 mars 2018 du Conseil d'accord en présence d'« experts » n'a été qu'un simulacre destiné à faire croire qu'ils étaient associés à l'élaboration de la convention alors même que la décision avait déjà été arrêtée et que les critères avaient déjà été fixés avant de recevoir les données de l'AIM.

Elle reconnaît que l'objectif d'une répartition géographique des services NIC est admissible, mais considère qu'il faut distinguer le critère déterminant l'expérience des services NIC et celui de la répartition géographique. Elle soutient que le nombre de bilans réalisés atteste de l'expérience d'un service NIC et que, si la partie adverse voulait, en plus, garantir une répartition géographique, elle pouvait toujours moduler les critères d'admissibilité au regard de cette nécessité. Elle affirme que c'est d'ailleurs ce qui a été mis en place dans la nouvelle convention puisqu'elle contient des dispositions spécifiques permettant à un service NIC qui n'atteint pas les conditions d'accès de conclure la convention lorsqu'aucun service NIC dans la province n'est en mesure d'atteindre ce seuil.

f) Sixième branche (développée pour la première fois dans le mémoire en réplique)

La partie requérante soutient que la partie adverse disposait d'informations suffisantes pour définir un critère « adéquat » d'accès à la nouvelle convention puisque :

- en juillet 2017, le représentant du Collège mère-enfant répondait à la demande d'information de la partie adverse en précisant que l'INAMI était parfaitement en mesure de générer les données espérées grâce à sa propre base de données ;
- le Collège des médecins directeurs a défini, lors de sa séance du 24 janvier 2018, le seuil à 40 patients avant même d'avoir sollicité et obtenu les données prétendument indispensables de l'AIM.

Elle estime que l'INAMI aurait très bien pu demander les informations nécessaires aux établissements susceptibles de conclure la convention. Selon elle, si l'INAMI souhaitait retenir les services NIC disposant de la plus grande expérience en matière de bilans, il pouvait très bien limiter l'accès à la nouvelle convention aux seuls établissements qui démontrent qu'ils ont réalisé le nombre minimum de bilans correspondant, par exemple, à la moyenne générale et qu'il appartenait alors aux différents établissements concernés de poser leurs candidatures pour pouvoir bénéficier de la convention et produire un dossier démontrant le nombre de bilans réalisés. Elle répète qu'en toute hypothèse, la première étape évidente à mettre en œuvre était d'interroger directement les services NIC concernés et de leur demander de produire les pièces prouvant le nombre de bilans réalisés, ce que la partie adverse n'a jamais fait, préférant se tourner vers l'AIM qui serait prétendument la seule à disposer de données complètes. Selon elle, l'affirmation selon laquelle les Centres auraient refusé de transmettre leurs statistiques est totalement fausse puisque ces informations ne leur ont jamais été demandées directement et que la seule trace

d'une demande d'information repose sur des contacts entre le Président du Collège mère-enfant et l'INAMI, sans qu'il puisse se déduire que chacun des Centres aurait refusé de transmettre des informations s'ils avaient été interrogés par l'INAMI. Elle considère que l'absence de la moindre demande d'information auprès des principaux concernés est d'autant moins compréhensible que l'INAMI disposait, en vertu de l'article 18 la convention de 2014, de moyens pour contraindre ceux-ci à fournir les informations qu'il jugeait pertinentes.

La partie requérante fait ensuite valoir que l'INAMI disposait bel et bien d'informations suffisantes afin d'établir le seuil du nombre de bilans à atteindre pour démontrer une expérience suffisante. Pour soutenir cette affirmation, elle prend appui sur quatre types de données à propos desquels elle fait valoir les éléments suivants :

➤ Les chiffres de production

Ils sont mis à jour trimestriellement et permettent de connaître le nombre de bilans par catégorie de bilans et par type de patients, en vertu de l'article 15 de la convention. C'est sur la base de ces données, actualisées chaque trimestre, que les services du Collège des médecins-directeurs ont établi la « note 2017/46 Erratum » du 24 février 2017 déterminant la moyenne du nombre de bilans, ventilée par centre de suivi. Comme ces données sont transmises chaque trimestre, l'INAMI disposait de données parfaitement actualisées sur le nombre de bilans pratiqués dans le cadre de la convention de 2014. Ces données permettaient de déterminer l'expérience moyenne à acquérir par service NIC comme condition d'admissibilité à la nouvelle convention.

➤ Les données du SPF Santé publique sur base desquelles l'INAMI a fixé, dès le mois de janvier 2018, les critères d'accès à la nouvelle convention

Le fait que ces données ne permettent de prendre en compte que les patients ayant été hospitalisés dans le même établissement que la mère est lié à la manière dont la demande a été tardivement formulée par la partie adverse. En toute hypothèse, ces données ont été jugées suffisamment pertinentes par le Collège des médecins-directeurs pour établir différents scénarii de seuils à atteindre.

➤ Les données compilées dans les deux rapports annuels de 2017 (pour les données de 2016) et de 2018 (pour les données de 2017)

Ces données doivent être considérées comme suffisamment pertinentes, l'INAMI n'ayant jamais demandé aux établissements de revoir la manière dont elles étaient

compilées, ni même au Collège mère-enfant de compléter les rapports annuels par d'autres types de données. Le rapport annuel 2018 n'a pas été pris en compte alors qu'il était disponible sept mois avant l'approbation de la convention par le Comité de l'assurance et cinq mois avant la réunion du groupe de travail du 28 septembre 2018. La partie adverse avait donc largement l'opportunité d'étendre la période de référence en tenant compte de ces données. La partie adverse ne pourrait soutenir que le rapport annuel de 2018 ne fournissait pas les informations pertinentes, dès lors qu'après avoir pris connaissance du rapport annuel de 2017, elle n'a pas exigé d'intégrer la collecte de données supplémentaires en vue de l'établissement du rapport annuel suivant.

- Les données de l'AIM qui ont été limitées, à la demande de l'INAMI, à une période excessivement restreinte.

Il semblerait que ce soit l'INAMI qui ait suggéré de limiter la période d'échantillons aux prestations réalisées jusqu'au 31 mars 2016 et aux données comptabilisées au 31 mars 2017, sans que l'AIM ait indiqué qu'elle ne disposait pas de données au-delà de cette date ou qu'il lui serait impossible de rassembler des données pour une période plus étendue.

C. Dernier mémoire de la requérante

a) Première branche

La partie requérante maintient que, dans la mesure où les établissements hospitaliers ne figurent pas dans la liste limitative des personnes morales avec lesquelles la convention visée à l'article 22, 6°, de la loi AMI peut être conclue, cette disposition ne peut constituer le fondement légal d'une convention destinée à être conclue exclusivement avec les établissements hospitaliers.

b) Deuxième branche

La partie requérante maintient que la désignation d'experts à associer au processus d'élaboration de la convention est dépourvue d'utilité si les critères d'admission à cette convention sont déjà fixés avant la première réunion censée rassembler ces experts. Elle répète que le Collège des médecins-directeurs avait déjà, lors de sa réunion du 24 janvier 2018, déterminé ces critères avant de réunir le conseil d'accord le 27 mars 2018. Elle en déduit que cette réunion n'était qu'un simulacre destiné à faire croire que des experts ont été associés à l'élaboration de ces

critères.

Elle reproche au Collège des médecins-directeurs de ne pas avoir associé les experts identifiés dans la note CSS 2017/371 du 6 novembre 2017 jusqu'au bout du processus d'élaboration de la convention et d'avoir, en cours de route, modifié unilatéralement la liste d'experts qui avait été soumise au Comité de l'assurance. Se référant aux travaux préparatoires à la loi du 11 août 2017 portant des dispositions diverses en matière de santé, elle expose que les experts en question sont choisis pour leur expérience et leur connaissance du terrain et qu'il n'est dès lors pas pertinent de n'associer aux discussions que les experts qui représenteraient les institutions retenues pour la conclusion de la convention et d'exclure de son processus d'élaboration ceux qui représenteraient les institutions non parties à la future convention. Elle maintient que les critères d'admission à la convention n'ont pu être définitivement fixés que lorsque le Comité de l'assurance a approuvé la convention-type. Elle en déduit qu'avant cette approbation, il n'était pas permis d'exclure les experts du processus d'élaboration de la convention, en se fondant sur la définition de critères qui n'existaient qu'à l'état de projet. Elle conteste, par ailleurs, que la réunion du 27 mars 2018 du conseil d'accord ait permis de fixer ces critères d'admission et de finaliser le projet de convention-type, ce qui aurait permis d'exclure les experts à ce stade. Elle relève que plusieurs pièces du dossier administratif rendent compte de ce que ce projet et en particulier les critères d'admission à la convention devaient encore faire l'objet de discussions et ont d'ailleurs effectivement encore discutés. Elle relève que jusqu'à la dernière réunion du 21 novembre 2018 du Collège des médecins-directeurs, la question de l'exclusion de la partie requérante reste floue pour ses participants. Elle conclut qu'il s'imposait que chacun des experts identifiés, à titre individuel, dans la liste soumise au Comité de l'assurance soit associé jusqu'au bout du processus d'élaboration de la convention-type.

Pour le reste, elle maintient que plusieurs des experts présentés au Comité de l'assurance n'ont pas été convoqués à la réunion du 27 mars 2018 du Conseil d'accord et que seuls trois des sept experts étaient effectivement présents à cette réunion. Elle estime qu'elle justifie d'un intérêt à la critique même si le représentant de l'HUDERF était présent à cette réunion, dès lors que l'objectif de s'entourer d'experts n'est pas de permettre à un candidat à la future convention d'être entendu, mais de s'assurer que la convention est élaborée avec la participation d'un panel d'experts indépendants suffisamment représentatif du secteur visé.

c) Troisième branche

Quant à l'incompétence du Comité de l'assurance pour fixer des dispositions réglementaires par la voie de conventions-type

La partie requérante soutient que l'article 4 de la convention n'identifie pas nommément les établissements qui seraient autorisés à conclure la convention, pas plus qu'il fixe un nombre maximal d'établissements susceptibles de la conclure. Selon elle, cette disposition fixe, de manière générale et abstraite, les critères qu'un service NIC doit remplir pour obtenir de pouvoir porter en compte des prestations qui ne sont pas autrement remboursées, ce qui implique que n'importe quel établissement qui satisfait à ces critères peut prétendre conclure la convention et qu'à l'inverse, le non-respect de ces critères permet d'exclure n'importe quel tiers à la convention. Elle considère que les critères d'admission ont bien un caractère obligatoire et impersonnel, puisqu'ils s'appliquent obligatoirement à tous et *a fortiori* à ceux qui n'y satisfont pas, et que l'article 4 de la Convention n'épuise pas ses effets une fois que les 11 services NIC ont pu conclure la convention, puisqu'il ne détermine pas le nombre maximal de services concernés, mais fixe des seuils à atteindre et qu'en toute hypothèse, il continue de produire ses effets à l'égard de tout tiers qui entendrait obtenir le remboursement des prestations couvertes par la convention et à qui la partie adverse opposerait le non-respect de ces seuils pour lui en refuser l'accès.

Quant à l'incompétence de l'INAMI pour modifier la nomenclature

La partie requérante affirme que les termes « sans préjudice des prestations couvertes par les conventions visées au § 3 » de l'article 23, § 2, alinéa 2, de la loi AMI ne permettent pas de considérer que les pseudo-codes des prestations visées dans la convention peuvent être réglés par le biais de convention plutôt que par le Roi en vertu de l'article 35, §§ 1^{er} et 2, de la même loi, dès lors que l'article 23, § 2, alinéa 2, précité, se rapporte uniquement à la nomenclature des « prestations de rééducation fonctionnelle visées à l'article 34, alinéa 1^{er}, 7°, 7^oter, 7^oquater, 7^oquinquies et 7^osexies ».

Quant à l'incompétence de l'INAMI pour fixer des critères de programmation et/ou un moratoire

La partie requérante expose que le contenu de l'article 4 de la

convention correspond exactement à la définition de critères de programmation telle que contenue aux articles 36 et 37 de la loi coordonnée sur les hôpitaux puisqu'il s'agit de critères qui se basent sur la spécialisation et la capacité des hôpitaux et qui tiennent compte de la répartition géographique sur l'ensemble du territoire (volonté de donner accès à un établissement par province). Elle ajoute que si l'article 4 limite le nombre d'établissements susceptibles de conclure la convention, il a bien la portée d'un moratoire ou d'une programmation.

d) Quatrième branche

Quant à la période de référence inadéquate, discriminatoire et contraire au principe de non-rétroactivité

La partie requérante expose tout d'abord que l'absence de données pertinentes ne peut justifier la manière dont la période a été définie puisque la partie adverse a déterminé les données à obtenir après avoir identifié les services NIC qui seraient admissibles à la convention, en sorte que les données à récolter ne servaient qu'à justifier *a posteriori* l'identification arbitraire des services NIC à sélectionner (*cf.* cinquième branche). Elle fait ensuite valoir que la partie adverse disposait d'informations suffisantes pour élargir les données à prendre en compte et notamment la période de référence (*cf.* sixième branche).

Pour le surplus, la partie requérante ajoute, à ses précédents écrits, les éléments suivants :

- le seuil de patients n'a pas été réduit à quarante pour compenser la période de référence limitée, mais pour faire coller les critères aux services NIC préalablement identifiés (*cf.* cinquième branche) ;
- si la partie requérante n'ignorait pas l'objectif de concentrer l'expertise dans le futur, elle ne pouvait pas savoir que la partie adverse se fonderait sur les prestations de l'année 2015 (première année complète d'application de la convention de 2014) pour définir les critères d'admission de la future convention et qu'elle serait pénalisée pour le comportement qu'elle adopterait durant cette année-là ;
- elle ne pouvait pas savoir qu'elle serait pénalisée pour ne pas avoir facturé avant le 31 mars 2017 des prestations réalisées alors que la réglementation permet une facturation jusqu'à deux ans après la réalisation des prestations et que l'INAMI s'était réservé, dans la convention de 2014, toute une série d'instruments lui permettant de récolter les données nécessaires à l'établissement des critères

d'admission de la future convention et qui ne dépendent pas de la facturation des prestations aux organismes assureurs.

Quant à l'exclusion des bilans « hors INAMI » et hors « pseudo-codes »

Concernant l'exclusion des bilans « hors INAMI », la partie requérante maintient que l'objectif poursuivi par la nouvelle convention est de sélectionner les centres qui disposent réellement de la plus grande expérience en matière de réalisation de bilans. Elle en déduit que la réalisation de bilans sur des patients non-bénéficiaires de l'assurance des soins de santé permet tout autant de démontrer l'expérience du centre en la matière et devait être prise en compte. Elle estime, par ailleurs, qu'elle est préjudiciée par la non-prise en compte de ces prestations et renvoie, à cet égard, à la lettre du 1^{er} octobre 2018 qu'elle a adressée au Collège des médecins-directeurs, ainsi qu'au procès-verbal de la séance du Collège du 21 novembre 2018 faisant état de ce que « le pourcentage de ces patients à l'HUDERF et au CHU Saint-Pierre semble élevé ».

Concernant l'exclusion des bilans hors « pseudo-codes », elle fait valoir qu'elle ne pouvait pas deviner que cette manière d'opérer la pénaliserait lors de la détermination des conditions d'accès à la future convention, alors que sa méthodologie se justifie d'un point de vue médical. Elle souligne qu'il n'est pas établi que les autres centres aient opéré de la même manière et n'aient pas facturé les deux premières prestations pour les patients du groupe 2, pour obtenir un remboursement et ainsi encourager les patients à se lancer dans le processus. Elle répète que c'est à la partie adverse de démontrer que le choix des critères n'a pas conduit à une différence de traitement injustifiée et non à elle d'établir qu'elle se serait trouvée dans une situation plus avantageuse si les critères avaient été élaborés autrement. Elle souligne encore qu'elle n'aurait pas pu faire état de ce problème avant l'adoption de la convention de 2014 puisqu'à l'époque, il n'était pas question d'exclure certains établissements de la possibilité de conclure la convention au motif qu'ils ne porteraient pas en compte un nombre suffisant de prestations de bilan réalisées durant le début de la période d'exécution de la convention.

Quant au calcul basé sur le lieu d'admission plutôt que sur le lieu du bilan

Selon la partie requérante, si la limitation du nombre de centres permet d'atteindre l'objectif d'une plus grande concentration de l'expertise, les critères de sélection de ces centres devraient permettre de retenir ceux qui peuvent se prévaloir

de la plus grande expérience en matière de réalisation de bilans, indépendamment du service NIC où l'enfant a été admis. Elle explique que si un enfant est né au sein d'un autre hôpital, mais lui est référé pour la réalisation des bilans prévus par la convention, cela ne l'empêche pas de réaliser l'intégralité de ces prestations de bilan sur un seul site et d'assurer ainsi la concentration de l'expertise. Elle fait grief à la partie adverse de considérer que, dans cette hypothèse, ces prestations ne sont pas prises en compte, en sa faveur, au simple motif que l'enfant a été admis dans un autre hôpital, mais que c'est cet autre hôpital qui peut se prévaloir de ces bilans, alors qu'il n'en a réalisé aucun.

Quant à l'exclusion des services NIC qui n'ont pas bénéficié de la convention antérieure

La partie requérante expose qu'elle dispose bien d'un intérêt à la critique dans la mesure où le caractère discriminatoire de ce critère rompt entièrement l'équilibre voulu par la convention et qu'il n'est pas possible de présumer quels critères la partie adverse aurait adoptés si elle avait préalablement tenu compte de la situation des établissements qui n'avaient pas souscrit à la convention de 2014. Elle ajoute que ce n'est pas parce que l'objectif de la convention de 2014 consistait à concentrer l'expertise qu'il fallait forcément considérer que seuls les établissements qui avaient conclu la convention antérieure pouvaient être retenus dans le cadre de la nouvelle convention.

Quant à la non-prise en considération du total de bilans réalisés

Selon la partie requérante, si l'objectif poursuivi était de sélectionner les centres pouvant se prévaloir de la plus grande expérience en matière de réalisation de bilans, le critère qui prend en compte le nombre de patients admis ne permet pas d'attester de cette expérience. Elle relève encore que tous les centres dépassaient largement le nombre de 100 patients annuels admis, exigés par l'article 4, § 11, de la convention de 2014 et que son centre était le second dont la proportion du nombre de patients ayant reçu plus d'un bilan était la plus élevée durant l'année de référence.

Quant à la discrimination à l'égard des patients

La partie requérante expose qu'en ne lui permettant plus de proposer à ses patients des soins remboursés, l'acte attaqué la contraint à les renvoyer vers l'un des centres choisis de manière arbitraire par la partie adverse, ce qui contrevient à la

liberté thérapeutique. Elle ajoute qu'elle a bien intérêt à la critique puisque cette situation la conduit à ne plus pouvoir proposer une formule de suivi diagnostique des enfants prématurés dans la mesure où l'absence de remboursement de ces prestations a pour conséquence pratique qu'aucun patient n'acceptera de se soumettre à ce processus.

e) Cinquième branche

La partie requérante soutient que l'argument, développé dans le mémoire en réplique, qui porte que les critères d'admission ont été établis sur mesure pour correspondre à l'identification préalable des services NIC sert à illustrer que ces critères conduisent à une différence de traitement dépourvue de justification raisonnable. Selon elle, cet argument est recevable, dès lors qu'il constitue la réplique à l'argumentaire de la partie adverse dans son mémoire en réponse et la suite logique de la prise de connaissance du dossier administratif qui lui a permis de comprendre que la partie adverse avait déterminé les conditions de participation de manière à pouvoir sélectionner les services NIC préalablement identifiés.

Elle reconnaît la légitimité de prévoir des conditions d'accès qui ne privent pas une partie de la population de l'accès aux prestations de bilans. Elle répète cependant que cet objectif se distingue de celui qui consiste à privilégier les services NIC avec la plus grande expérience, l'objectif de répartition géographique étant atteint par le biais de l'article 4, § 3, de la nouvelle convention (en admettant le service NIC qui n'atteint pas le seuil requis, mais qui peut se prévaloir du plus grand nombre de patients si aucun autre service NIC de la province ne rencontre ce seuil). Elle conteste aussi que les représentants du secteur auraient, lors de l'élaboration de la convention de 2014, unanimement revendiqué la nécessité de limiter le nombre de centres conventionnés. Elle fait valoir qu'en toute hypothèse, une « revendication des représentants du secteur » n'est pas de nature à justifier le choix de critères arbitraires et discriminatoires.

f) Sixième branche

La partie requérante expose que l'argument, développé dans le mémoire en réplique, qui porte que la partie adverse disposait d'informations suffisantes pour définir un critère adéquat et non discriminatoire est recevable, dès lors qu'il constitue la réplique à l'argument de la partie adverse qui justifie le choix des critères d'admission à la convention par le fait qu'il lui était impossible d'obtenir

d'autres données chiffrées.

Elle reconnaît, dans le dernier mémoire, que la décision du collège des médecins-directeurs du 24 janvier 2018 est postérieure à la demande et à l'obtention des données AIM.

Elle avance cependant les arguments suivants :

- la partie adverse disposait de sa propre base de données grâce à la facturation des prestations en question ;
- il ne peut être soutenu que les données à fournir par les services NIC ne seraient prétendument pas fiables ou objectives, dès lors que l'INAMI n'a pas pris la peine de les interroger directement ;
- la convention de 2014 prévoyait suffisamment d'instruments pour contraindre les centres à fournir les données selon le procédé que l'INAMI jugeait suffisamment fiable et objectif, l'INAMI pouvant ainsi exiger des centres d'individualiser les données pour chaque service NIC ;
- en toute hypothèse, si réellement l'INAMI estimait ne pas pouvoir se reposer sur des données fiables et objectives à fournir par les services NIC, cela ne l'autorisait pas à s'appuyer sur des critères non représentatifs à défaut de mieux, puisqu'il suffisait de prévoir que la convention ne pouvait être conclue que sur candidature des établissements, chargés d'apporter les données requises, par exemple, sur la base d'un formulaire préalablement établi définissant précisément les informations à apporter ;
- l'INAMI était parfaitement en mesure d'établir un seuil moyen à atteindre pour attester d'une expérience suffisante ;
- même à retenir l'argument selon lequel certains documents à disposition de l'INAMI contiennent des données par centre plutôt que par service NIC, ces données auraient dû, à tout le moins, conduire la partie adverse à constater l'inadéquation des critères qu'elle a définis en prenant en compte, par exemple, le nombre de patients plutôt que le nombre de bilans et le lieu d'admission plutôt que le lieu de réalisation des bilans.

V.2. Appréciation du Conseil d'État

a) Quant à la première branche

La décision du Comité de l'assurance du 17 décembre 2018 approuvant

le projet de convention pour le suivi des enfants nés prématurément se fonde sur les articles 22, 6°, et 23, § 3, de la loi AMI.

Ces dispositions prévoient ce qui suit :

« Art. 22. Le Comité de l'assurance :

[...]

6° conclut, sur proposition du Collège des médecins-directeurs ou des commissions de conventions ou d'accords concernées, les conventions visées à l'article 23, § 3. Lorsque le Collège des médecins-directeurs souhaite élaborer une nouvelle convention ou modifier une convention existante, le Collège en informe le Comité de l'assurance et soumet au Collège une liste d'experts qu'il souhaite impliquer dans la concertation sur cette convention. Le Comité de l'assurance peut modifier cette liste en désignant d'autres experts ou en ajoutant des experts supplémentaires ;

[...] ».

« Art. 23.

[...]

§ 3. Le Collège des médecins-directeurs ou les commissions de conventions ou d'accords concernées, établissent avec les établissements de rééducation fonctionnelle et de réadaptation professionnelle de même qu'avec les centres de soins multidisciplinaires coordonnés, les services intégrés de soins à domicile, agréés conformément aux normes fixées sur la base de l'article 170, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de la loi relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins, coordonnée le 10 juillet 2008, et les cercles de médecins généralistes, agréés conformément aux normes fixées sur la base de l'article 9 de l'arrêté royal n° 78 relatif à l'exercice des professions des soins de santé, des projets de conventions à conclure avec eux et, à cet effet, les soumet au Comité de l'assurance. Les projets de conventions de rééducation fonctionnelle, les projets de conventions avec les centres de soins multidisciplinaires coordonnés, les projets de conventions avec les services intégrés de soins à domicile et les cercles de médecins généralistes sont également communiqués à la Commission de contrôle budgétaire. La Commission communique son avis au Comité de l'assurance

[...] ».

Avant leurs modifications par la loi-programme (I) du 27 décembre 2006, les articles 22, 6°, et 23, § 3, de la loi AMI préoyaient ce qui suit :

« Art. 22. Le Comité de l'assurance :

[...]

6° conclut avec les établissements de rééducation fonctionnelle et de réadaptation professionnelle et avec les centres médico-pédiatriques, sur la proposition du Collège des médecins-directeurs, les conventions visées à l'article 23, § 3 [...] ».

« Art. 23.

[...]

§ 3. Le Collège des médecins-directeurs établit avec les établissements de rééducation fonctionnelle et professionnelle et les centres médico-pédiatriques pour enfants atteints de maladie chronique des projets de convention à conclure avec eux et les soumet, à cet effet, au Comité de l'assurance. Les projets de convention de rééducation fonctionnelle et les projets de conventions avec les

centres médico-pédiatriques sont également communiqués à la Commission de contrôle budgétaire. La Commission communique son avis au Conseil général et au Comité de l'assurance pour toutes les nouvelles conventions supérieures au montant et pour toutes les modifications supérieures au pourcentage visé à l'article 16, § 1^{er}, 11° ».

Les articles 213 et 214 de la loi-programme (I) du 27 décembre 2006, compris dans la section 9 intitulée « programmes de soins multidisciplinaires coordonnés » du chapitre I^{er} du titre V de la loi-programme, ont remplacé les dispositions précitées pour prévoir la possibilité pour le Comité de l'assurance de conclure des conventions avec des « centres de soins multidisciplinaires coordonnés ».

Ces dispositions sont expliquées, comme suit, dans les travaux préparatoires de la loi-programme (I) précitée :

« À côté des demandes de soins classiques à orientation médicale, en règle générale urgentes, auxquelles la réglementation de l'INAMI essaie d'offrir des réponses continuellement actualisées, on est confronté depuis longtemps à des demandes de soins auxquelles le médecin d'orientation médicale classique — médecin traitant — éventuellement assisté par des paramédicaux, ne pourrait donner de réponse adéquate.

La toxicomanie, l'intégration de la pathologie psychiatrique menaçante, mais aussi les maladies neuromusculaires, les grossesses indésirées ... tout comme les affections chroniques comme le diabète, COPD, l'obésité ... sont des exemples qui, dans certains cas, exigent, pour une prise en charge efficace, plus qu'une intervention purement médicale.

Ainsi, des soins adéquats pour les enfants qui souffrent de maladies chroniques (cancer, insuffisance rénale chronique ...) nécessitent une attention particulière, particulièrement exigeante sur le plan du travail, pour les conséquences sociales et psychologiques découlant de l'état de malade.

On tente depuis longtemps d'offrir une réponse à ces demandes de soins par la revalidation — il s'agit en effet d'intégration et de meilleur fonctionnement.

Pour offrir une réponse optimale à ces demandes de soins, les présentes dispositions offrent au Comité de l'assurance la possibilité de conclure des accords avec des centres qui fournissent des programmes de soins multidisciplinaires aux ayants droit. Les besoins budgétaires sur le terrain, en matière de néphrologie infantile, sont à la base de l'approfondissement de ces programmes de soins.

Le défi des centres est ici de prévoir et d'organiser les soins de telle manière que :

- la qualité de l'environnement de l'ayant droit soit stimulée ;
- les tâches des soignants soient combinées et coordonnées ;
- les équipements à l'intérieur des centres soient combinés et complémentaires les uns des autres ;
- l'intégration des dimensions médicale, paramédicale et psychosociale soit garantie.

Sur proposition du Collège des médecins directeur ou des commissions des accords et conventions, des accords types peuvent être proposés au Comité de l'assurance au sein du Service des soins de santé de l'INAMI.

Ces accords peuvent fixer, entre autres, le but, les conditions quantitatives et qualitatives, les programmes, les prestations et le prix des programmes de soins coordonnés visés. Un avis concernant ces accords type sera demandé à la Commission du contrôle budgétaire [...]

En cas d'accord du Comité de l'assurance concernant les accords types et les conditions auxquelles doivent répondre les centres, le Comité de l'assurance conclura les accords individuels avec les centres.

Jusqu'à présent, on a essayé de répondre à ces demandes de soins via la revalidation — en effet, « mieux fonctionner » et intégration sont ici en cause — mais cette approche fait du tort à la discipline médicale qu'est la revalidation.

Pour cette raison il est plus que temps d'une part de conserver les possibilités des soins sur mesure du système des conventions, mais d'autre part d'offrir ces soins intégrés — en coordination avec les secteurs concernés, en dehors de la revalidation [...] »

L'objectif visé par le législateur est donc de répondre à certaines demandes spécifiques de « soins intégrés », en dehors de la discipline médicale de la revalidation, via une approche multidisciplinaire offerte par un centre fournissant un « programme de soins multidisciplinaires coordonnés ».

Les travaux préparatoires donnent comme exemples de demandes de soins entrant dans ce cadre « [l]a toxicomanie, l'intégration de la pathologie psychiatrique menaçante, mais aussi les maladies neuromusculaires, les grossesses indésirées ... tout comme les affections chroniques comme le diabète, COPD, l'obésité » ainsi que les maladies chroniques (cancer, insuffisance rénale chronique ...) des enfants. Il s'agit d'exemples qui, par définition, n'ont pas vocation à être exhaustifs. Rien ne permet donc de considérer que le suivi des enfants nés prématurément ne pourrait relever du champ d'application des articles 22, 6°, et 23, § 3.

Si la notion de « soins intégrés » n'est pas définie par la loi AMI, elle semble pouvoir inclure le suivi de patients dans un but préventif, l'article 34, alinéa 1^{er}, de la loi disposant expressément que « [l]es prestations de santé portent tant sur les soins préventifs que sur les soins curatifs [...] ». Il ne peut, en tout cas, être soutenu que les articles 22, 6°, et 23, § 3, de la loi excluraient les soins qui n'ont pas un objectif immédiat de « rééducation fonctionnelle », au sens où l'entend la partie requérante, c'est-à-dire « un rétablissement des fonctions du corps humain ».

L'article 23, § 1^{er}, de la loi fait d'ailleurs la distinction entre la notion de « prestations de rééducation fonctionnelle » et celle de « soins dispensés par les centres multidisciplinaires coordonnés » et le paragraphe 3 de la même disposition distingue, de la même manière, les « établissements de rééducation fonctionnelle » et les « centres de soins multidisciplinaires coordonnés ». Rien ne permet, dès lors, de considérer que l'objet de la convention visant à « installer un système de suivi multidisciplinaire minimal, systématique et uniforme accessible aux enfants grands prématurés [...] permettant le diagnostic précoce des troubles du développement liés à la grande prématuré » n'entrerait pas dans les prévisions des articles 22, 6°, et 23, § 3, de la loi AMI. Les prestations prévues dans le cadre de la convention semblent bien relever de l'objectif de prodiguer les soins spécifiques et intégrés visés par le législateur de 2006 dans le but de prévenir au mieux les troubles susceptibles d'affecter, à différentes phases de son développement, le fonctionnement et l'intégration de l'enfant né grand prématuré.

Certes, cette convention ne porte pas sur les « programmes de soins » qui sont énumérés à l'article 1^{er} de l'arrêté du 15 février 1999 fixant la liste des programmes de soins, visée à l'article 12 de la loi coordonnée le 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins. Rien ne permet cependant d'affirmer que des prestations de soins doivent constituer un « programme de soins » au sens des dispositions précitées pour être incluses dans les conventions visées à l'article 22, 6°, et 23, § 3, de la loi AMI.

Quant à la notion de « centre de soins multidisciplinaires coordonnés », elle n'est pas, non plus, définie par la loi. Rien ne permet cependant de considérer que ces centres ne pourraient pas faire partie d'un établissement hospitalier. Au contraire, il n'est pas rare que les centres multidisciplinaires forment une section de consultation ou d'hospitalisation d'un hôpital et soient constitués d'une équipe composée de différents dispensateurs de soins spécialisés. Tel est par exemple le cas des centres multidisciplinaires de traitement de la douleur chronique, des cliniques du sein, des cliniques de l'obésité, *etc.*

Les articles 22, 6°, et 23, § 3, de la loi AMI n'imposent pas que ces centres disposent de la personnalité juridique. Lorsque le centre est une section constituée au sein d'un établissement hospitalier, il ne dispose pas nécessairement de la personnalité juridique. Tel est le cas des « centres de suivi des enfants nés prématurément ». C'est la raison pour laquelle le modèle de convention-type prévoit qu'elle est conclue avec « le Service de soins intensifs néonataux (Neonatal

Intensive Care) [...] de l'hôpital de ##### à ##### au nom du Centre de suivi diagnostic des enfants nés prématurément de ce service NIC (désigné dans la présente convention par le terme "établissement") » ou avec « le Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen (désigné dans la présente convention par le terme "COS") ## à ## au nom de son Centre de suivi diagnostic des enfants nés prématurément (désigné dans la présente convention par le terme "établissement") ». Les droits et obligations de la convention ne visent pas un établissement hospitalier, un service NIC ou un COS, mais le « centre de suivi des enfants nés prématurément », désigné par le terme « établissement » dans la convention.

Si l'article 4 de la convention prévoit que « la présente convention ne peut être conclue qu'avec les établissements hospitaliers qui disposent d'un service NIC », c'est uniquement pour indiquer que le « centre de suivi des enfants nés prématurément » doit être implanté dans un hôpital qui dispose d'un tel service. Cette exigence résulte du fait que les centres qui ont acquis une expertise en la matière se sont développés dans ces hôpitaux, ainsi que dans ceux qui disposent d'un COS ou travaillent en collaboration avec un COS (cf. quatrième branche du premier moyen).

Il résulte de l'ensemble des éléments qui précèdent que la décision du 17 décembre 2018 d'approuver le projet de convention pour le suivi des enfants nés prématurément peut valablement se fonder sur les articles 22, 6°, et 23, § 3, de la loi AMI.

Il n'est, dès lors, pas nécessaire de vérifier si d'autres dispositions légales sont susceptibles de fonder cette décision.

Le premier moyen, en sa première branche, n'est pas fondé.

b) Quant à la deuxième branche

Les articles 22, 6°, et 23, § 3 de la loi AMI disposent comme il suit :

« Art. 22. Le Comité de l'assurance :

[...]

6° conclut, sur proposition du Collège des médecins-directeurs ou des commissions de conventions ou d'accords concernées, les conventions visées à l'article 23, § 3. Lorsque le Collège des médecins-directeurs souhaite élaborer une nouvelle convention ou modifier une convention existante, le Collège en informe le Comité de l'assurance et soumet au Collège une liste d'experts qu'il souhaite

impliquer dans la concertation sur cette convention. Le Comité de l'assurance peut modifier cette liste en désignant d'autres experts ou en ajoutant des experts supplémentaires;
[...] ».

Art. 23.

[...]

§ 3. Le Collège des médecins-directeurs [...] établissent [...] avec les centres de soins multidisciplinaires coordonnés [...] des projets de conventions à conclure avec eux et, à cet effet, les soumet au Comité de l'assurance. Les projets de conventions [...] avec les centres de soins multidisciplinaires coordonnés [...] sont également communiqués à la Commission de contrôle budgétaire. La Commission communique son avis au Comité de l'assurance [...] ».

La partie requérante reconnaît, dans son mémoire en réplique, que le Collège des médecins-directeurs a bien informé le Comité de l'assurance de sa volonté d'élaborer une nouvelle convention et communiqué une liste d'experts qu'il souhaitait impliquer dans l'élaboration de cette convention. Ceci ressort de la « note CSS 2017/371 du 6 novembre 2017 du Comité de l'assurance » qui mentionne notamment ce qui suit :

« En annexe 3 à la présente note, les membres [du Comité de l'assurance] trouveront la liste des experts qui seront conviés à participer aux négociations sur une nouvelle mouture de convention (qui entrera en vigueur après le 30 juin 2018 – cf. rubrique Motivation ci-dessous). Il s'agit en pratique des représentants des Centres de suivi des enfants nés prématurément qui sont membres du Conseil d'accord.

Cette liste est communiquée au Comité de l'assurance en application des dispositions de l'article 22, 6°, de la Loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994. Selon ces dispositions, le Comité de l'assurance peut modifier cette liste en désignant d'autres experts ou en ajoutant des experts supplémentaires à la liste.

Nous proposons dès lors que les membres du comité qui souhaitent ajouter des experts le communiquent par l'envoi d'un mail à l'adresse reeducation@inami.fgov.be ou à l'adresse CGVCSS@riziv.fgov.be. »

Même si, comme le souligne la partie requérante, le cadre « mission du Comité de l'assurance » ne répète pas le contenu de la note, celle-ci est suffisamment claire quant à la possibilité pour le Comité de l'assurance d'apporter, le cas échéant, des modifications à la liste des experts.

Quant à la mission des experts désignés par le Collège des médecins-directeurs, il faut relever que l'article 22, 6°, de la loi AMI n'impose pas d'associer ces derniers du début à la fin du processus d'élaboration de la convention. La disposition légale précitée fait seulement mention d'« une liste d'experts que [le Collège des médecins-directeurs] souhaite impliquer dans la concertation sur cette convention ». Rien ne permet d'affirmer que le Collège des médecins-directeurs (1)

ne pourrait pas demander l'avis des experts désignés alors qu'il a déjà élaboré une ébauche de projet de la future convention et formulé, dans ce cadre, les conditions d'accès qu'il souhaite imposer ou (2), au contraire, devrait leur permettre de se prononcer sur un projet qui serait totalement finalisé.

En l'espèce, le Collège des médecins-directeurs a désigné en tant qu'experts « les représentants des Centres de suivi des enfants nés prématurément qui sont membres du Conseil d'accord ». Ce choix n'est en tant que tel pas critiqué par la partie requérante qui admet, dans sa requête, qu'il peut se comprendre par le fait que les centres signataires de la convention de 2014 ont « une expérience concrète des forces et faiblesses de la convention précédente ». Par un courriel du 22 mars 2018 intitulé « invitation conseil d'accord enfants nés prématurément », les sept représentants des centres en question sont convoqués à la réunion du 27 mars 2018 du Conseil d'accord. Ces personnes sont les mêmes que celles qui figurent sur la liste soumise au Comité de l'assurance, à l'exception, pour l'HUDERF, du docteur [A.J.] qui est convoquée à la place du docteur [L.D.]. La partie requérante confirme cependant, dans son dernier mémoire, que le docteur [A.J.] est bien la représentante du centre HUDERF au sein du Conseil d'accord. Sa convocation est, dès lors, conforme au choix préalable du Collège des médecins-directeurs de désigner en tant qu'experts les représentants des centres concernés.

Au courriel de convocation du 22 mars 2018 est jointe la « note conceptuelle » présentée au Collège des médecins-directeurs lors de sa séance du 14 mars 2018. Cette note reprend « les principes qui serviront à l'élaboration d'une nouvelle convention [...] ». Pour chaque article de la convention de 2014, il est indiqué si des modifications sont envisagées et des propositions sont élaborées. Dans cette note, figurent notamment les propositions de conditions d'accès à la future convention avec déjà l'identification des dix services NIC qui « concrètement » les respectent. Il est indiqué que le CHR de Namur ne remplit pas ces conditions et proposé de lui donner, par exception, accès à la convention, dès lors qu'aucun service NIC de la province ne remplit ces conditions. Il est encore précisé que seuls ces onze services NIC devraient avoir la possibilité de conclure la nouvelle convention.

Il ressort des comptes-rendus de la réunion du 27 mars 2018 que cette note a été analysée et discutée au sein du Conseil d'accord. Les représentants des centres ont pu faire valoir leurs observations sur l'ensemble des points du projet de la future convention et notamment donner leurs avis sur ses nouvelles conditions

d'accès. Des remarques ont, à cette occasion, été formulées concernant la situation de la partie requérante, en particulier. Il ne peut, dès lors, être soutenu que les représentants des centres n'auraient pas, en leur qualité d'experts désignés par le Collège des médecins-directeurs, été « impliqués dans la concertation sur cette convention », au sens de l'article 22, 6°, de la loi AMI. La circonstance que certains des représentants des centres concernés n'étaient pas présents à la réunion (et étaient remplacés par d'autres personnes pour les représenter) ne peut être reprochée à la partie adverse.

Par la suite, le Collège des médecins-directeurs décide, lors de sa séance du 18 avril 2018, sur la base de ce qui a été discuté en Conseil d'accord, de charger son service d'élaborer un projet de convention et, lors de sa séance du 20 juin 2018, de réunir un « groupe de travail (composé des représentants des 11 NICs sélectionnés ou des centres COS désignés par eux) [...] pour discuter des modalités pratiques de la nouvelle convention [...] ». Le Collège des médecins-directeurs a valablement pu décider de poursuivre les négociations avec les centres pressentis pour signer la nouvelle convention. Il faut rappeler que les conventions visées à l'article 22, 6°, et 23, § 3, de la loi AMI sont le produit de négociations entre le Collège des médecins-directeurs et les centres concernés et que la décision de conclure ou non une telle convention relève de l'autonomie (1) du Collège des médecins-directeurs qui doit faire une proposition au Comité de l'assurance et (2) de ce dernier qui approuve le projet de convention et conclut celle-ci avec les centres concernés. L'entame des négociations comme la conclusion de conventions n'est obligatoire ni dans le chef des organes de l'INAMI, ni dans celui des centres pressentis pour en faire partie.

La partie requérante n'a pas pu légitimement croire qu'elle serait nécessairement associée à l'élaboration de la convention jusqu'à sa finalisation, alors qu'elle ne peut se prévaloir d'aucun droit à cet égard, qu'elle savait qu'elle ne satisfaisait pas aux conditions d'accès discutées lors de la réunion du 27 mars 2018 du Conseil d'accord et qu'elle avait appris qu'elle ne faisait pas partie des onze services NIC pressentis pour conclure la nouvelle convention. Certes, les conclusions des comptes-rendus de la réunion du 27 mars 2018 mentionnent que la proposition sera envoyée aux « centres concernés ». Cette expression peut toutefois viser les centres qui répondent aux conditions d'adhésion de la future convention, avec lesquels le Collège des médecins-directeurs souhaite poursuivre les négociations.

L'exclusion de la partie requérante des négociations ne heurte pas non plus le principe d'impartialité. Comme il vient d'être exposé, elle procède du processus d'élaboration de conventions qui ne sont négociées qu'entre les parties pressenties pour les signer. Il ne ressort, par ailleurs, d'aucune pièce du dossier administratif que le Collège des médecins-directeurs aurait fait preuve d'un parti pris à l'encontre de la partie requérante ou en faveur d'autres centres qui ont été retenus. L'écartement de la requérante ne résulte pas d'un choix partial ou arbitraire des organes de l'INAMI, mais de l'application de critères objectifs, dont la régularité est examinée dans le cadre des quatrième, cinquième et sixième branches du moyen.

La circonstance que la partie requérante n'ait pas plus tôt été formellement informée de son écartement ne rend pas, en soi, la procédure irrégulière. Par ailleurs et contrairement à ce qu'elle affirme, la partie requérante a été mise au courant de sa situation avant de recevoir le courrier du 3 janvier 2019, par le biais d'un courriel du 17 septembre 2018 que lui a adressé la représentante d'un autre centre. Par ce courriel, la partie requérante a appris qu'un groupe de travail – qu'elle n'avait pas été invitée à rejoindre – devait se réunir « pour discuter des modalités inscrites dans le cadre de ce projet de nouvelle convention avec les représentants des services NIC concernés [...] ». Le projet de nouvelle convention, qui reprend les nouvelles conditions d'accès (restées inchangées depuis la réunion du 27 mars 2018 du Conseil d'accord), est annexé à ce courriel. Contrairement encore à ce que la partie requérante affirme, elle a, dans les faits, pu faire valoir ses observations et tenté de démontrer qu'elle était en mesure de bénéficier de la nouvelle convention. Après la réunion du 27 mars 2018, elle a envoyé un courrier à l'INAMI pour expliquer, en produisant toute une série de données, qu'elle rencontrait, selon elle, les nouveaux critères de la convention (critères qui sont demeurés inchangés par la suite). Après avoir réceptionné le courriel du 17 septembre 2018 contenant le projet abouti de la nouvelle convention, la partie requérante a adressé, le 1^{er} octobre 2018, un deuxième courrier à l'INAMI dans lequel elle réitère, sur la base des mêmes arguments, sa volonté de faire partie de la nouvelle convention. Quant au Collège des médecins-directeurs, il a examiné, au moins à trois reprises, la situation de la partie requérante lors de ses séances des 18 avril, 20 juin et 21 novembre 2018.

La partie requérante conteste encore la régularité de la convocation des membres du Conseil d'accord du 27 mars 2018. Il faut relever, à cet égard, que cet organe n'a, au départ, pas pour mission de jouer un rôle quelconque dans le cadre de l'élaboration d'une nouvelle convention. Ses missions sont décrites à l'article 17 de

la convention de 2014 et portent sur le suivi de la convention en vigueur et sur la politique générale en matière de grande prématurité. Dès lors que la réunion organisée le 27 mars 2018 n'entraîne pas dans les missions prévues par l'article 17 de la convention de 2014 et que le recours à cet organe était, dans cette hypothèse, purement facultatif, le fait que ses membres n'aient pas été convoqués par sa présidente ou qu'ils ne se soient pas tous présentés à la réunion n'est pas de nature à affecter la régularité de la procédure d'adoption de la nouvelle convention.

Quant à l'avis de la Commission de contrôle budgétaire, il ressort des pièces du dossier qu'il a bien été demandé par le Collège des médecins-directeurs (note CCB 2018/254 du 6 décembre 2018) et que la Commission a bien rendu un avis positif sur le projet de nouvelle convention en date du 12 décembre 2018, conformément à l'article 23, § 3, de la loi AMI.

Le premier moyen, en sa deuxième branche, n'est pas fondé.

c) Quant à la troisième branche

L'article 4 du projet de convention, approuvé le 17 décembre 2018 par le Comité d'assurance, dispose comme il suit :

« § 1^{er}. La présente convention ne peut être conclue qu'avec les établissements hospitaliers qui disposent d'un Service NIC.

§ 2. Afin de garantir la qualité du suivi proposé dans le cadre de la présente convention pour les enfants nés prématurément, le nombre d'établissements pouvant prétendre à son bénéfice est limité (nécessité de concentrer l'expertise). À cet effet, seuls les établissements hospitaliers dont les Services NICs comptent le plus grand nombre de patients ayant été suivis dans le cadre de la convention pour le suivi des enfants prématurés entrent en ligne de compte pour la conclusion de la présente convention.

Pour opérer cette sélection, le Service des soins de santé se basera sur les données de l'Agence Intermutualiste (les seuls chiffres disponibles d'une source neutre). Il sélectionnera les services NIC qui, sur base des données comptabilisées par les organismes assureurs jusqu'au 31 mars 2017, comptent au moins 40 patients différents :

- qui, dans le courant de l'année 2015, ont été admis au moins un jour dans le Service NIC en question, et

- qui, après leur admission dans ce Service NIC, jusqu'au 30 juin 2016 au maximum, ont bénéficié d'une prestation de bilan dans le cadre de la convention pour le suivi des enfants nés prématurément d'application avant l'entrée en vigueur de la présente convention.

Ce seuil de 40 patients à atteindre est un seuil relativement bas qui tient compte du fait qu'il y avait un certain retard dans la facturation des prestations de bilan effectuées en 2015 et 2016 ; ce qui a influencé les chiffres de l'Agence Intermutualiste ; sans le retard de facturation constaté, le nombre minimum de patients serait en tous cas nettement plus élevé.

§ 3. Si, pour une province concernée, les établissements hospitaliers qui disposent d'un Service NIC de cette même province n'atteignent pas le nombre minimum de patients comme prévu par le § 2 du présent article, la présente convention pourra être conclue avec l'établissement hospitalier qui dispose d'un Service NIC et qui aura pris en charge le plus de patients qui répondent aux critères du § 2 du présent article dans cette province. »

Cette disposition fait partie d'un projet de convention adoptée sur la base des articles 22, 6°, et 23, § 3, de la loi AMI. Comme cela ressort de l'examen des deux premières branches, elle est le résultat d'une procédure négociée menée dans le respect des dispositions légales précitées. Ces dispositions chargent le Collège des médecins-directeurs de proposer au Comité de l'assurance de conclure des conventions pour organiser le remboursement de prestations spécifiques qui impliquent notamment une prise en charge multidisciplinaire des patients.

Le recours au contrat est un mécanisme plus souple qui est prévu par le législateur pour permettre une adaptation régulière des conditions d'intervention de l'assurance et qui coexiste avec la nomenclature plus rigide. Comme le relève la partie adverse, elle y a recours « afin de prévoir un remboursement dans des cas tellement spécifiques qu'ils n'entrent pas dans la nomenclature classique ». Par ailleurs, il entre certainement dans les missions d'intérêt général des organes de gestion de l'INAMI, lorsqu'ils élaborent et concluent de telles conventions, de chercher à fournir une offre de soins de qualité à ceux qui en ont besoin. Pour réaliser cet objectif, le Collège des médecins-directeurs et le Comité de l'assurance peuvent, comme c'est précisément le cas pour le suivi diagnostic des enfants nés prématurément, estimer nécessaire de concentrer l'expertise et, à cette fin, de conclure un nombre de conventions limité (pour permettre une plus grande spécialisation), mais suffisant (pour répondre à la demande et garantir, dans une certaine mesure, une répartition géographique permettant de couvrir l'ensemble du territoire). Cette prise de position n'est, en tant que telle, pas contestée par la partie requérante. Mais elle a nécessairement pour conséquence que les centres qui ne sont pas parties à la convention ne peuvent s'en prévaloir pour porter en compte de l'INAMI les remboursements qu'elle prévoit. Ceci ne rend pas pour autant le mécanisme illégal puisque c'est le législateur qui l'a mis en place.

Contrairement aux affirmations de la partie requérante, il faut constater que l'article 4 de la Convention n'a pas de caractère général et impersonnel. Il n'est pas susceptible de régir un nombre indéterminé de situations puisqu'il permet de déterminer précisément les centres qui peuvent adhérer à la convention. *A contrario*, il permet de déterminer ceux qui n'en font pas partie, c'est-à-dire tous ceux qui, sur

la base des données communiquées par l'AIM et comptabilisées jusqu'au 31 mars 2017, ne sont pas implantés dans un hôpital qui dispose d'un service NIC qui compte au moins 40 patients qui, dans le courant de l'année 2015, ont été admis au moins un jour dans le service NIC en question et qui, après leur admission dans ce service jusqu'au 30 juin 2016, ont bénéficié d'une prestation de bilan dans le cadre de la convention de 2014. Dix services NIC en Belgique remplissent ces conditions. Une exception est prévue pour le service NIC du CHR de Namur au motif qu'aucun service NIC de la province n'atteint le seuil minimum de 40 patients précité. Il est, dès lors, décidé de sélectionner le service NIC du CHR de Namur, en tant que service qui, dans la province, a pris en charge, dans le courant de l'année 2015, le plus de patients qui ont bénéficié d'une prestation de bilan pendant la période de référence précitée. Les onze services NIC concernés étaient déjà identifiés dans la « note conceptuelle » présentée au Conseil d'accord du 27 mars 2018. L'annexe 2 à la note « CSS/383 » du 6 décembre 2018 transmise au Comité de l'assurance reprend la liste de ces onze services NIC, tout en précisant que « le NIC de l'AZ Sint-Jan à Bruges préfère continuer la collaboration avec l'UZ de Gand (et le COS de Gand) qui conclura la nouvelle convention et l'appliquera également sur le site de Bruges ». Il en résulte que la convention-type concerne au total dix centres, ce que confirme l'INAMI dans la circulaire 2019/51 du 6 février 2019 qu'il a communiquée aux organismes assureurs. Contrairement aux affirmations de la requérante, l'article 4 de la convention a, dès lors, bien épuisé tous ses effets lorsque l'ensemble des dix conventions ont été conclues entre le Comité de l'assurance et les dix services NIC/COS précités au nom leurs centres de suivi diagnostic des enfants nés prématurément.

Par conséquent, l'article 4 du projet de convention ne peut être considéré comme un acte à portée réglementaire au sens de l'article 3 des lois coordonnées sur le Conseil d'État. L'enseignement de l'arrêt n° 205.919 du 28 juin 2010, cité par la partie requérante dans son mémoire en réplique, n'est pas transposable en l'espèce, un accord médico-mutualiste ne pouvant être comparé aux conventions visées aux articles 22, 6°, et 23, § 3, de la loi AMI. Enfin, le fait que les centres tiers à la convention ne peuvent revendiquer, pour eux, le bénéfice du régime particulier qu'elle instaure résulte du principe de la relativité des effets internes des contrats. Cette circonstance ne permet aucunement de démontrer que la disposition de la convention qui fixe ses conditions d'accès aurait un caractère réglementaire.

Les pseudo-codes visés à l'article 18 de la convention correspondent aux prestations remboursables dans le cadre de la convention, c'est-à-dire les prestations

de bilan effectuées pour les bénéficiaires des groupes 1 et 2, visés à l'article 2 de la convention, qui se composent de toutes les interventions et démarches prévues par l'article 13 de la convention et qui sont réalisées par les membres de l'équipe également définie dans la convention. Ces pseudo-codes ne constituent, dès lors, rien d'autre qu'un outil administratif permettant le remboursement par l'assurance des soins de santé des prestations spécifiques qui sont visées à la convention. Or, comme il a déjà été exposé, le législateur a donné compétence au Comité de l'assurance de conclure, avec les centres de soins multidisciplinaires coordonnés, des conventions pour financer des programmes de soins intégrés afin de répondre à des besoins spécifiques. Rien ne permet de considérer que ce financement ne pourrait s'opérer « via la mention de pseudo-codes sur la facture ». Ces pseudo-codes coexistent avec les codes de la nomenclature qui sont établis par le Roi, en vertu des articles 35, §§ 1^{er} et 2, de la loi AMI. C'est d'ailleurs ce que confirme l'article 23, § 2, alinéa 2, de la loi AMI qui dispose que c'est « [s]ans préjudice des prestations couvertes par les conventions visées au § 3 » que « le Roi établit et modifie, sur avis du Collège des médecins-directeurs, la nomenclature des prestations de rééducation fonctionnelle visées à l'article 34, alinéa 1, 7°, 7°*ter*, 7°*quater*, 7°*quinquies* et 7°*sexies* [...] ». Ainsi, l'intervention de l'assurance des soins de santé dans les prestations visées à la convention est réglée par la convention (via des pseudo-codes), parallèlement au remboursement des autres prestations qui sont visées à la nomenclature. Quant à l'impossibilité pour les centres tiers à la convention de porter en compte de l'INAMI les prestations qui y sont visées, elle résulte du choix opéré par le législateur d'instaurer, dans les hypothèses visées à l'article 23, § 3, de la loi AMI, un système dérogatoire qui permet, par la voie de contrats, de prévoir une intervention de l'assurance des soins de santé.

Certes, l'article 4 de la convention limite le nombre de centres qui peuvent signer la convention. Il ne constitue pas, pour autant, une règle de programmation au sens des articles 36 et 37 de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins. En effet, l'objectif poursuivi est de concentrer l'expertise, pas de limiter le nombre de prestations en veillant à ce que ce nombre permette de couvrir les besoins. Les critères d'admission à la convention n'ont d'ailleurs pas été établis à partir d'une analyse qui mesure les besoins de la population à l'intérieur d'un territoire fixé. Le nombre de patients a uniquement été mobilisé pour identifier les centres qui accueillent le plus de bénéficiaires de la convention, pas pour déterminer le nombre de prestations nécessaires pour couvrir leurs besoins. Par ailleurs, l'article 4 de la convention n'interdit pas que les centres qui n'ont pas conclu la convention puissent effectuer les prestations de suivi qui y

sont visées, même si ces prestations ne peuvent être portées en compte de l'INAMI via les pseudo-codes visés à l'article 18 de la convention (sauf si une convention de collaboration est conclue avec un des dix centres signataires).

L'article 4 de la convention a, certes, pour effet de ne permettre la conclusion d'aucune nouvelle convention pendant deux ans. Il a également pour résultat de limiter, en fait, la liberté de choix du patient ainsi que le droit d'exercer des prestataires de soins. Il faut cependant, à nouveau, constater que ce « moratoire » des centres qui peuvent porter en compte les prestations visées à la convention et l'atteinte portée aux droit et liberté précités résulte du recours au mécanisme contractuel prévu par les articles 22, 6°, et 23, § 3, de la loi AMI. Rien ne permet d'affirmer que le législateur aurait entendu limiter l'autonomie des organes de gestion de l'INAMI dans leur choix de contracter ou de ne pas contracter et, en particulier, qu'il aurait interdit de fixer des conditions d'accès aux conventions qu'ils concluent, dans le but de concentrer l'expertise, en limitant le nombre de centres parties à celles-ci. La question de savoir si ces conditions d'accès respectent les principes d'égalité et de non-discrimination et ne portent pas une atteinte disproportionnée aux droit et liberté précités est examinée dans les quatrième, cinquième et sixième branches du moyen.

Le premier moyen, en sa troisième branche, n'est pas fondé.

d) Quant à la quatrième branche

Un certain nombre de griefs relatifs à la quatrième branche du moyen reposent sur le postulat que les conditions d'accès à la nouvelle convention ont été fixées avec l'objectif de retenir les services NIC qui disposent de la plus grande expérience en matière de réalisation de bilans.

Cette affirmation ne se vérifie cependant pas à la lecture des pièces du dossier administratif. Les éléments qui ont conduit à l'adoption de nouvelles conditions d'accès à la convention sont, pour rappel, les suivants :

- du mois de juillet 2015 à la fin de l'année 2016, le Collège des médecins-directeurs constate une très grande difficulté pratique – voire une impossibilité –, dans le chef des centres signataires, à fonctionner avec une seule et même équipe sur les différents sites sur lesquels les activités conventionnelles sont proposées, ce qui contrevient au prescrit de l'article 19 de la convention de 2014 et à

l'objectif poursuivi par les parties à la convention d'« arriver à concentrer l'expertise de manière progressive » ; pendant cette période, les centres signataires ont l'opportunité de revoir leurs plans d'action, de s'expliquer dans le cadre d'un Conseil d'accord et de faire de nouvelles propositions sur la notion de « centre intégré » ;

- lors de sa séance du 21 décembre 2016, le Collège des médecins-directeurs constate que les mesures prises par les centres « sont loin de permettre de répondre à l'objectif fixé initialement » ; pour atteindre l'objectif de « concentrer l'expertise », il décide de limiter, à l'avenir, le nombre de centres signataires et de leur imposer de travailler sur un seul site ; il est, à ce stade, déjà mentionné que la limitation du nombre de centres doit se faire en fonction d'une « masse critique à atteindre, avec au moins un centre par province » ;
- lors de sa séance du 15 mars 2017, le Collège manifeste sa volonté de ne conclure la convention qu'avec un nombre limité de centres implantés dans des hôpitaux qui disposent d'un service NIC ; le choix des services NIC est expliqué dans la note « CSS/383 » du 6 décembre 2018 adressée au Comité de l'assurance, par le fait que la majorité des enfants nés prématurément sont pris en charge dès leur naissance par un service NIC, en sorte qu'« il y a[...] effectivement une logique à ce que [...] la prise en charge dans le cadre de la convention prématurés se poursuive également au sein de ces services NIC » ; à ce stade, il est décidé de sélectionner les services NIC « qui prennent en charge le plus de patients qui répondent aux conditions de la convention », et donc pas ceux qui ont réalisé le plus de prestations de bilan ;
- lors de sa séance du 7 juin 2017, le Collège des médecins-directeurs constate que les données récoltées auprès du SPF Santé publique ne permettent pas de rendre compte du nombre de patients admis dans chaque service NIC, « qui répondent aux critères d'inclusion de la convention pour le suivi des enfants nés prématurément (peu importe le lieu où a accouché la maman) » ; il est, à ce stade, déjà observé que le seuil de patients à fixer devra être très bas pour permettre de couvrir toutes les provinces et qu'il faudra prévoir (1) des exceptions lorsqu'aucun des services NIC de la province n'atteint le seuil fixé et (2) la possibilité d'une antenne dans les provinces qui ne disposent pas de service NIC via la conclusion d'un avenant avec un hôpital d'une autre province, partie à la convention ;

- lors de sa séance du 14 juin 2017, le Collège des médecins-directeurs est informé du fait qu'il n'est pas possible d'obtenir des services administratifs du SPF Santé publique les données souhaitées (nombre de patients ayant séjourné dans un service NIC et répondant aux critères d'inclusion de la convention pour le suivi des enfants nés prématurément) ; il décide alors de demander ces informations via le Collège mère-enfant institué auprès du SPF Santé publique ;
- lors de sa séance du 26 juillet 2017, le Collège de médecins-directeurs apprend qu'il n'est pas possible pour le Collège mère-enfant de transmettre les données souhaitées par service NIC, s'agissant de données à propos desquelles les établissements concernés souhaitent qu'elles restent anonymisées ; le Collège décide, en conséquence, de faire appel à l'Agence Intermutualiste (AIM) ; il réaffirme sa volonté de limiter la conclusion de conventions avec les services NIC « les plus importants » et d'avoir au moins un centre par province ;
- lors de sa séance du 24 janvier 2018, le Collège des médecins-directeurs examine la note « CMD 2018/CEN-19 » du 18 janvier 2018 selon laquelle il n'est pas possible, sur la base des données transmises par l'AIM (données transmises dans le courant du mois de novembre 2017), de connaître « le nombre de patients pris en charge par service NIC qui répondent aux conditions de la convention pour le suivi des enfants nés prématurément (//ce qui a été pris comme base à l'époque pour travailler sur base d'un seuil de patients à atteindre par service NIC [...]) », mais que « [l]es données AIM (2^{ème} partie des tableaux : tableau 2[B]) permettent de savoir le nombre de patients différents qui, dans le courant de l'année de prestation concernée, ont été admis au moins un jour dans un service NIC et qui, après leur admission, ont bénéficié d'une prestation de bilan dans le cadre de la convention pour le suivi des enfants nés prématurément », qu' « il s'agit donc des patients qui ont eu effectivement une prestation de bilan [...] et non des patients qui répondent aux conditions de la convention et qui peuvent dès lors potentiellement en bénéficier » ; il est, par ailleurs, proposé « de se baser uniquement sur l'année 2015 qui est la seule à couvrir l'année complète ».

C'est sur la base de ces données, communiquées par l'AIM, que le Collège des médecins-directeurs a fixé les critères d'accès à la nouvelle convention. Il décide de prendre en considération un seuil de 40 patients différents qui, dans le courant de l'année 2015, ont été admis au moins un jour dans un service NIC et ont, jusqu'au 30 juin 2016, bénéficié d'une prestation de bilan, comptabilisée auprès des organismes assureurs jusqu'au 31 mars 2017. Ce seuil permet de limiter le nombre

de signataires à dix centres, auxquels il faut ajouter le service NIC du CHR de Namur qui, sans atteindre le seuil de 40 patients précité, est le service NIC de la province qui a admis le plus de patients qui répondent au reste des critères précités. Ces conditions d'accès n'ont, dans la suite de la procédure, plus subi de modification et ont été soumises au Comité de l'assurance qui les a approuvées le 17 décembre 2018 (article 4, §2, de la convention de 2019).

Il ressort des éléments précités que les conditions d'accès doivent permettre de sélectionner, non les services NIC qui ont réalisé le plus de bilans, mais ceux qui admettent le plus grand nombre de patients pour lesquels un suivi diagnostique est nécessaire et a été réalisé. L'objectif est, dès lors, de retenir les centres de suivi diagnostique des enfants nés prématurément implantés près des services NIC qui accueillent le plus de bénéficiaires visés à la convention, étant entendu que ces centres ont nécessairement développé une expérience élevée en la matière et sont à même de suivre leurs patients sur le site du même hôpital. Dès lors que l'objectif n'est pas de préférer les centres qui ont réalisé le plus de bilans, mais ceux qui sont implantés près des services NIC qui ont admis le plus de bénéficiaires, il ne peut être reproché à la partie adverse d'avoir pris en considération :

- le lieu d'admission du patient dans le service NIC plutôt que le lieu où les bilans ont été réalisés ;
- le nombre de patients par service NIC, plutôt que le nombre de bilans réalisés.

En conséquence, les arguments de la partie requérante qui reprochent à la partie adverse ne de pas avoir comptabilisé le nombre total de bilans réalisés (plutôt que le nombre de bénéficiaires) et de ne pas porter, à son compte, les bilans effectués pour des enfants admis dans d'autres services NIC ne sont pas fondés.

Il ressort également des éléments qui précèdent que la partie adverse a tout mis en œuvre pour se fonder sur des données chiffrées objectives, complètes et fiables. La période de référence prise en compte est liée à la date de transmission des données par l'AIM au mois de novembre 2017. Rien ne permet d'affirmer que l'INAMI disposait, dans ses banques de données, des informations qu'il a sollicitées sans succès auprès du SFP Santé publique et du Collège mère-enfant, avant de devoir se tourner vers l'AIM. Le fait de devoir recueillir ces données sur « requête » implique nécessairement un certain décalage dans la récolte des données. Dans son mémoire en réponse, la partie adverse explique qu'au moment où la demande d'informations a été introduite auprès de l'AIM en juillet 2017, les données de facturation ne pouvaient être demandées que jusqu'à la date du 31 mars 2017 et que

les prestations devaient avoir été réalisées suffisamment longtemps avant cette date pour qu'il y ait une forte probabilité qu'elles aient été réellement facturées et soient connues de l'AIM, raison pour laquelle la période d'analyse s'étend du 1^{er} septembre 2014 (date d'entrée en vigueur de la convention de 2014) jusqu'au 30 juin 2016, sur la base des données comptabilisées jusqu'au 31 mars 2017. Lorsque, dans le tableau 2B établi par l'AIM (annexe 1 de la pièce 40 du dossier administratif), il est fait référence à l'« année de prestation », celle-ci vise « l'année pendant laquelle le patient a été admis au moins un jour dans un service NIC », soit l'année 2014 (01/09-31/12 – 4 mois), 2015 (01/01-31/12 – année complète) ou 2016 (01/01-30/06 – 6 mois). L'année 2015 est donc bien la seule année pour laquelle le Collège des médecins-directeurs disposait de données complètes. Les prestations de bilan ont, quant à elles, bien été prises en considération jusqu'au 30 juin 2016 (sur la base des données comptabilisées jusqu'au 31 mars 2017). Ceci ressort clairement de la « fiche de projet » établie par l'AIM (annexe 1 à la pièce 40 du dossier administratif). Il ne faut pas, non plus, perdre de vue que lorsque le Collège des médecins-directeurs prend, lors de sa séance du 24 janvier 2018, connaissance des données de l'AIM, sollicitée plusieurs mois plus tôt, la convention de 2014 a déjà dû être prolongée à deux reprises, d'abord jusqu'au 31 décembre 2017, puis jusqu'au 30 juin 2018, la dernière prolongation étant précisément motivée par le fait que les données chiffrées de l'AIM étaient attendues et devaient être analysées pour déterminer les modifications à apporter à la nouvelle convention. Sur la base des données récoltées auprès de l'AIM, le Collège des médecins-directeurs a pu présenter une « note conceptuelle » au Conseil d'accord qui s'est réuni le 27 mars 2018. Un projet de convention a ensuite été rédigé, lequel devait encore être négocié avec les centres des services NIC concernés réunis le 28 septembre 2018. Entretemps, le Collège des médecins-directeurs a dû demander une nouvelle prolongation de la convention jusqu'au 31 décembre 2018, motivée précisément par le fait que le projet de texte en vigueur devait encore « faire l'objet de négociations avec les acteurs concernés ». Le 6 décembre 2018, la proposition de nouvelle convention est présentée au Comité de l'assurance qui décide de l'approuver le 17 décembre 2018. Tenant compte des différentes étapes de la procédure, des difficultés à recueillir des données objectives et pertinentes et des trois prolongations apportées à la convention de 2014 qui, au départ, avait une durée limitée de deux ans, il n'apparaît pas que les données récoltées aient été aussi obsolètes que l'affirme la partie requérante. Rien ne permet en tout cas de considérer que le Collège des médecins-directeurs aurait pu se fonder sur des données plus récentes. Quant aux chiffres de production (nombre de bilans) et au rapport annuel 2017 établi par le Collège mère-enfant avec les centres de suivi, ils ne livrent que des statistiques par

centre et non par service NIC. On rappellera que, sous le régime de la convention de 2014, plusieurs services NIC pouvaient s'associer pour former un centre de suivi, de sorte que les chiffres de production et les statistiques mentionnées dans le rapport annuel ne sont pas pertinents pour la détermination des critères d'accès de la nouvelle convention, visant à sélectionner les centres près des services NIC qui ont admis un nombre suffisant de patients qui ont, par la suite, bénéficié d'une prestation de bilan dans la cadre de la convention pour le suivi des enfants nés prématurément.

Quant au retard dans la facturation en 2015 et 2016 – dont fait état la partie requérante –, il ressort assez clairement des pièces du dossier qu'il a été compensé par la réduction à un seuil très bas de 40 patients à prendre en compte. Rien ne permet de soutenir que la partie requérante aurait, plus que d'autres centres, été préjudiciée par ce retard dans la facturation. Du reste, la période de référence a été appliquée de la même manière à tous les établissements. Elle n'emporte, par elle-même, aucune discrimination.

Quant au principe de non-rétroactivité des actes administratifs, il interdit de faire sortir les effets d'un acte réglementaire à une date antérieure à sa publication. En l'espèce, le recours à une période de référence permet de déterminer les établissements qui pourront adhérer à la nouvelle convention appelée à sortir ses effets à partir du 1^{er} janvier 2019. Les critères d'accès à cette nouvelle convention n'ont aucune portée rétroactive puisqu'ils n'ont d'effet que pour l'avenir et laissent inchangée la situation juridique passée de la partie requérante.

Le principe général de droit de la confiance légitime, auquel est également associé celui de la sécurité juridique, est celui en vertu duquel le citoyen doit pouvoir se fier à une ligne de conduite claire et constante ou à des concessions ou des promesses que les pouvoirs publics ont faites dans un cas concret. La violation de ce principe suppose trois conditions, à savoir une erreur de l'administration, une attente légitime suscitée à la suite de cette erreur et l'absence d'un motif grave permettant de revenir sur cette reconnaissance. En l'espèce, la partie requérante ne démontre pas que la partie adverse aurait commis une erreur qui aurait pu susciter, dans son chef, l'attente légitime d'être partie à la future convention. Il était, au départ, prévu que la convention de 2014 cesse de produire ses effets deux ans après sa conclusion. Le fait pour la partie requérante d'avoir pu conclure une convention limitée dans le temps n'emporte, à l'évidence, aucun droit ou attente légitime à adhérer à une convention dont les conditions d'accès sont modifiées. L'article 18, § 6, de la convention de 2014 prévoyait de soumettre celle-

ci à une évaluation pour permettre d'y apporter des modifications, tandis que l'objectif d'évoluer vers une concentration de l'expertise figurait clairement à l'article 19 de la même convention. Dans les mois qui ont suivi son entrée en vigueur, le Collège des médecins-directeurs a rappelé cet objectif aux centres signataires en les enjoignant, à plusieurs reprises, de modifier leurs pratiques. À la suite de ces avertissements, la partie requérante pouvait s'attendre à des modifications d'accès à la future convention. Elle n'avait, en tout cas, aucune raison de penser que le *statu quo* serait maintenu. En sa qualité d'établissement hospitalier entretenant de nombreux rapports avec l'INAMI, la partie requérante devait, par ailleurs, se douter que les données de facturation pourraient éventuellement jouer un rôle dans l'évaluation de la convention de 2014. La partie requérante ne démontre pas qu'elle aurait, plus que d'autres centres, tardé à facturer certaines prestations. Par ailleurs, la partie requérante ne peut reprocher à la partie adverse de ne pas avoir pris en compte les chiffres repris dans ses courriers des 28 avril et 1^{er} octobre 2018, s'agissant de données qui ne s'appuient sur aucun document probant qui aurait été communiqué à l'INAMI. Enfin, le fait qu'elle aurait, pendant la période de référence, réalisé des bilans sur des patients admis dans d'autres services NIC ou, au contraire, déferé ses patients à d'autres centres pour réaliser des prestations de bilan n'est pas de nature à la préjudicier, puisque ces opérations n'ont eu aucun effet sur le nombre de patients qui ont été admis dans son propre service NIC et ont bénéficié d'une prestation de bilan.

L'article 2 de la convention de 2014 désignait ses bénéficiaires comme « les bénéficiaires de moins de 5,5 ans de l'assurance obligatoire soins de santé [...] ». Les bénéficiaires de la nouvelle convention sont déterminés de manière identique. Il est cohérent, pour la partie adverse, de déterminer les nouvelles conditions d'accès à la future convention par rapport à ces bénéficiaires, à l'exclusion donc des patients « hors INAMI », puisque, comme il a déjà été exposé, ces nouvelles conditions d'accès visent à sélectionner les centres implantés près des services NIC qui accueillent le plus de patients qui peuvent bénéficier du suivi visé à la convention.

La partie requérante ne peut reprocher à la partie adverse de ne pas avoir intégré, dans son calcul, le fait que, pendant la période de référence, elle aurait facturé en dehors des pseudo-codes certaines prestations de suivi qu'elle aurait pourtant réellement effectuées. Comme le relève la partie adverse, il s'agit de données invérifiables pour lesquelles la partie requérante ne fournit d'ailleurs aucun chiffre. Elle ne démontre pas, non plus, qu'elle aurait, comme elle l'affirme,

privilegié, plus que d'autres centres, des bilans C et D au lieu de bilans A et B pour les patients du groupe 2 (enfants nés avec un âge gestationnel de 31 semaines et ayant moins de 32 semaines et un poids supérieur ou égal à 1500 grammes). Contrairement à ce qu'elle affirme, il appartient bien à la partie qui dénonce une rupture du principe d'égalité d'en apporter la preuve. Il ressort, par ailleurs, du rapport annuel 2017, qu'en moyenne 8% seulement des bilans réalisés concernent des patients du groupe 2. Contrairement à ce que la partie requérante a déclaré à l'audience, il s'agit donc d'un groupe de patients très minoritaire. Cette donnée est confirmée par les chiffres communiqués par l'AIM, qui renseignent, en outre, que le centre de la partie requérante se situe tout à fait dans cette moyenne pour l'année 2015, qui constitue l'année de référence (tableau 1c de l'annexe 1 de la pièce 40 du dossier administratif).

Contrairement aux affirmations de la requérante, les critères d'accès à la nouvelle convention permettent de prendre en compte la situation des services NIC qui n'ont pas adhéré à un centre signataire de la convention de 2014. Ceci ressort d'ailleurs clairement de l'analyse des données fournies par l'AIM, lesquelles examinent la situation du service NIC de l'hôpital Édith Cavell, qui n'était pas partie à la convention de 2014 et n'a pas conclu de convention de collaboration avec un centre de suivi conventionné. Il est notamment renseigné que, pendant la période de référence, 24 enfants ont été admis dans ce service NIC et ont bénéficié d'une prestation de bilan (pièce 2b de l'annexe 1 et annexe 2 de la pièce 40 du dossier administratif). Du reste, la requérante n'identifie pas quel(s) centre(s), tiers à la convention de 2014, et disposant d'« une grande expérience en matière de suivi des enfants grands prématurés », n'aurai(en)t pas été pris en considération par la partie adverse pour conclure la convention de 2019. En toute hypothèse, on ne perçoit pas l'intérêt de la requérante à soulever ce grief, puisqu'elle était partie à la convention de 2014.

Quant à la différence de traitement dénoncée à l'égard des patients, elle ne cause pas, non plus, personnellement grief à la partie requérante. En toute hypothèse, les patients (et leurs représentants légaux) peuvent toujours décider de se rendre dans un centre signataire pour accéder au suivi prévu par la convention et obtenir le remboursement de ces prestations via les pseudo-codes qui y sont prévus. Certes, l'impossibilité de proposer le remboursement limite, dans les faits, le libre choix du patient, mais sa réorientation vers d'autres établissements est proportionnée à l'objectif poursuivi qui est de concentrer l'expertise entre les mains d'un nombre limité de centres qui travaillent sur un seul site.

Quant à l'atteinte portée à la liberté diagnostique et thérapeutique des prestataires de soins, il s'agit d'une critique nouvelle qui est invoquée pour la première fois dans le mémoire en réplique. Le grief est, dès lors, irrecevable. En toute hypothèse, les restrictions créées par la mesure attaquée sont proportionnées à l'objectif poursuivi de concentrer l'expertise. Il faut, par ailleurs, rappeler que les prestataires de soins peuvent offrir aux enfants nés prématurément les prestations de suivi conformes à la convention, même s'ils ne font pas partie d'un centre conventionné. Cette activité n'est, en effet, pas réservée aux centres signataires. Certes, ces prestations ne pourront être portées en compte de l'INAMI via les pseudo-codes visés à la convention. Mais la partie requérante indique, elle-même, à plusieurs reprises, qu'elle a, par le passé, effectué ces prestations de suivi à l'égard de nombreux patients « hors INAMI » ou « en dehors des pseudo-codes » visés à la convention. Elle soutient également qu'il est tout à fait possible qu'un service NIC qui n'était pas partie à la convention de 2014 ait « effectué un suivi des enfants prématurés d'une manière parfaitement conforme à ce que prévoit la nouvelle convention et pour un très grand nombre de patients ».

Le premier moyen, en sa quatrième branche, n'est pas fondé.

e) Quant à la cinquième branche

La partie requérante soutient, pour la première fois, dans le mémoire en réplique, que la partie adverse aurait établi les critères d'accès à la nouvelle convention de manière à pouvoir sélectionner les services NIC qu'elle a préalablement identifiés. Ce grief est recevable dès lors qu'il n'a pu être formulé qu'à la suite de la consultation du dossier administratif.

Comme il a déjà été exposé, l'objectif poursuivi par les organes de l'INAMI chargés de conclure la nouvelle convention est de concentrer l'expertise du suivi des enfants nés prématurément, ce qui implique de limiter le nombre de centres signataires et d'imposer que les équipes multidisciplinaires travaillent sur un seul site. Le Collège des médecins-directeurs a, au gré des réunions et des données récoltées, progressivement fixé des critères d'accès à la nouvelle convention qui permettent d'atteindre cet objectif. Il a d'abord estimé que les centres signataires ne pourraient plus être composés de plusieurs services NIC, mais devraient être implantés près d'un service NIC unique, de sorte que les prestations se réalisent sur le site d'un seul hôpital. Il a ensuite décidé de privilégier les services NIC les plus

importants, c'est-à-dire ceux qui admettent le plus de patients qui peuvent bénéficier de la convention, tout en garantissant, dans la mesure du possible, une répartition géographique adéquate par province. Après avoir reçu les données de l'AIM, il a dû revoir ces critères pour retenir les services NIC qui admettent le plus de patients qui ont, pendant une période déterminée (période de référence), effectivement bénéficié d'une prestation de bilan visée à la convention. Sur la base de ces données, le seuil de 40 patients à atteindre par service NIC a été fixé pour limiter le nombre de centres à dix unités, tout en permettant aux bénéficiaires potentiels de la convention d'accéder aux prestations de suivi dans au moins un établissement de leur province/région. Malgré un seuil de patients relativement bas, une exception a dû être prévue pour le service NIC du CHR de Namur dès lors qu'aucun autre service NIC de la province n'atteignait cette valeur minimale. Pour les provinces qui ne disposent pas de service NIC, le Collège des médecins directeurs a prévu la possibilité de conclure une convention de collaboration entre un centre signataire et une antenne (établissement hospitalier ou polyclinique) de la province concernée.

Contrairement aux affirmations de la requérante, l'objectif poursuivi n'était pas de sélectionner les centres qui ont développé l'expertise la plus élevée en réalisant le plus grand nombre de bilans, mais de retenir ceux qui sont implantés près des services NIC qui admettent le plus de patients pour lesquels un suivi diagnostique est nécessaire et a été réalisé. Au contraire encore de ce que soutient la partie requérante, le Collège des médecins-directeurs n'a pas préalablement identifié les centres ou les services NIC à sélectionner. Il a estimé qu'il convenait, pour concentrer l'expertise, de limiter le nombre de centres conventionnés en privilégiant ceux qui étaient implantés près des services NIC les plus importants, sans pour autant désigner au préalable ces derniers. Un premier essai d'identification est intervenu après que le Collège des médecins-directeurs a pu accéder aux données chiffrées fournies par l'AIM, en particulier le tableau 2B qui était le seul qui permettait de déterminer le seuil de patients à atteindre par service NIC. Cette proposition a ensuite été soumise au conseil d'accord du 27 mars 2018 avant d'être approuvée par le Conseil de l'assurance le 17 décembre 2018.

Les critères dégagés pour déterminer les conditions d'accès à la nouvelle convention sont pertinents et raisonnables par rapport à l'objectif poursuivi par la partie adverse. Pour le reste, il n'appartient ni à la partie requérante, ni au Conseil d'État, de déterminer, à la place de l'autorité, s'il n'aurait pas été plus opportun de poursuivre d'autres objectifs ou de mobiliser d'autres critères d'accès que ceux qui ont été choisis par les organes compétents de l'INAMI.

Le premier moyen, en sa cinquième branche, n'est pas fondé.

f) Quant à la sixième branche

La partie requérante développe, dans son mémoire en réplique, une argumentation beaucoup plus détaillée que celle qui figure dans sa requête, pour soutenir que la partie adverse avait, à sa disposition, toutes les informations nécessaires pour définir un critère (plus) « adéquat » d'accès à la nouvelle convention. Ce grief est recevable dès lors qu'il peut être compris comme constituant la réplique à l'argumentation de la partie adverse qui, dans son mémoire en réponse, justifie le choix des critères d'accès à la convention par le fait qu'il lui était impossible d'obtenir d'autres données chiffrées.

La partie requérante reconnaît, dans son dernier mémoire, que la décision du Collège des médecins-directeurs du 24 janvier 2018 est postérieure à la demande et à l'obtention des données AIM. Le procès-verbal de cette séance confirme qu'elle a porté sur l'« Analyse des données [AIM] demandées dans le cadre de la convention pour le suivi des enfants nés grands prématurés et poursuite des discussions ». Comme il a déjà été exposé, si la partie adverse a fait appel à l'AIM au mois de juillet 2017, c'est parce que le Collège des médecins-directeurs n'a, dans un premier temps, pas pu se baser sur les données transmises par le SPF Santé publique (qui, interpellé à deux reprises, ne disposait apparemment d'aucune information relative au service NIC de l'HUDERF) et n'a, dans un deuxième temps, obtenu aucun résultat des démarches effectuées auprès du Collège mère-enfant. Celui-ci a, pour rappel, déclaré qu'il ne pouvait transmettre que des données globales par centre et non par service NIC, les établissements concernés souhaitant préserver l'anonymisation des données des patients concernés.

Quant à la période de référence qui délimite les données transmises par l'AIM, rien ne permet de considérer qu'elle n'ait pas été déterminée de manière objective (*cf.* quatrième branche). L'affirmation selon laquelle l'INAMI aurait imposé unilatéralement cette période est démentie par les pièces du dossier puisque, dans le cours des discussions qui ont permis d'élaborer la « fiche de projet », la période de référence a été allongée pour tenir compte des prestations de bilan réalisées jusqu'au 30 juin 2016 (au lieu du 31 mars 2016, date initialement prévue dans la première proposition de l'AIM).

La partie requérante estime que les données pertinentes auraient pu ou dû être demandées aux différents services NIC susceptibles de conclure la nouvelle convention. Il ressort cependant des pièces du dossier que la récolte et l'enregistrement des données de suivi de la convention de 2014 ont posé de nombreux problèmes, que la base de données devait être encore améliorée et que « [l]es données disponibles seront certainement différentes d'un centre à l'autre ». En l'absence de données uniformes d'un centre à l'autre, il est permis de s'interroger sur la manière dont ces données auraient pu être exploitées, de manière fiable et objective, par la partie adverse.

La partie requérante soutient aussi que la partie adverse aurait pu ou dû se fonder sur les chiffres de production et les rapports annuels 2017 et 2018. Conformément à l'article 15 de la convention de 2014, les chiffres de production devaient être « transmis globalement pour l'ensemble des sites sur lesquels sont dispensées les activités conventionnelles », donc par centre de suivi et non par service NIC. Il en va de même des rapports annuels 2017 et 2018. Les données qu'ils contiennent se rapportent exclusivement aux centres de suivi. Si l'article 18 de la convention de 2014 dispose, en son paragraphe 3, que le rapport annuel doit notamment contenir « l'identification du service NIC qui a renvoyé le bénéficiaire au centre », force est de constater que cette information est totalement absente des deux premiers rapports annuels, ce qui tend à confirmer la difficulté, même pour les centres concernés, de recueillir et de transmettre ce type de données.

Dans son dernier mémoire, la partie requérante ajoute que la partie adverse disposait de sa propre base de données grâce à la facturation des prestations de suivi. Or, il faut à nouveau constater que ces facturations s'opéraient au nom des centres de suivi « même dans le cas où l'établissement dispose de plusieurs sites sur lesquels les activités de la convention sont effectuées » (article 4, § 3, de la convention de 2014).

Il ressort de l'examen de la quatrième branche du moyen que la partie adverse s'est fondée sur des données complètes, pertinentes et objectives pour déterminer les critères d'accès à la nouvelle convention. Pour le reste, il n'appartient pas à la partie requérante, ni au Conseil d'État, de déterminer en opportunité et à la place de l'autorité si celle-ci n'aurait pas pu se baser sur d'autres types de données ou suivre d'autres procédures (par exemple, comme le suggère la partie requérante, en demandant aux centres intéressés de poser leurs candidatures).

Le premier moyen, en sa sixième branche, n'est pas fondé.

VI. Second moyen

VI.1. Thèse de la partie requérante

A. Requête

La partie requérante prend un second moyen de la violation de la Constitution, notamment de ses articles 10, 11 et 33, de la loi relative à l'assurance obligatoire des soins de santé et indemnité, coordonnée le 14 juillet 1994, notamment son article 22, de la loi du 29 juillet 1991 sur la motivation formelle des actes administratifs, notamment ses articles 2 et 3, de la convention en matière de suivi diagnostic des enfants nés prématurément, approuvée par le Comité de l'assurance de l'INAMI le 17 décembre 2018, notamment son article 4, des principes généraux du droit et, notamment, du principe d'égalité et non-discrimination, du principe *audi alteram partem*, des principes de bonne administration, dont le principe de prudence et le devoir de minutie, de l'absence, l'erreur, l'insuffisance ou la contrariété dans les causes ou les motifs.

Elle divise son moyen en cinq branches.

a) Première branche

La partie requérante fait valoir que la décision du 3 janvier 2019 a été prise sans qu'elle soit en mesure d'exposer son point de vue ni préparer et faire valoir ses moyens de défense, puisqu'au moment où la décision a été prise, elle n'était même pas informée du fait qu'une convention avait été conclue et, encore moins, du contenu de cette convention.

Elle souligne que la partie adverse fonde sa décision sur le fait qu'elle ne répond pas aux critères d'accès à la convention et que cette mesure est donc fondée sur son comportement puisqu'elle repose sur la circonstance qu'elle n'a pas facturé suffisamment de prestations de bilan entre le 1^{er} janvier 2015 et le 30 juin 2016.

En toute hypothèse, elle estime que le principe *audi alteram partem* doit s'appliquer même lorsqu'une mesure grave est prise indépendamment du comportement de l'administré et que le fait de lui permettre de faire valoir ses

arguments s'imposait en vertu des principes de bonne administration, dont ceux de prudence et de minutie, dans la mesure où l'INAMI devait vérifier ses statistiques au regard des informations complémentaires qu'elle pouvait fournir.

b) Deuxième branche

La partie requérante conteste la décision de l'exclure de la convention alors que l'UZ Brussel est partie à cette convention et que cet établissement hospitalier ne satisfait pas au seuil de 40 patients imposé par l'article 4, § 2, de la convention. Elle rappelle que l'UZ VUB ne bénéficiait de la convention de 2014 que dans le cadre de la convention de collaboration conclue avec elle et que toutes les données de facturation relatives aux prestations de suivi des enfants nés prématurés passaient donc par son intermédiaire. Sur la base des données qu'elle a pu récolter, elle affirme que le service NIC de l'UZ Brussel a admis un maximum de 26 patients qui ont reçu une prestation de bilan jusqu'au 30 juin 2016, ce qui est très inférieur au seuil requis par la convention. Elle en déduit que la décision de l'exclure de la convention est discriminatoire puisqu'elle est traitée différemment de l'UZ Brussel alors que ces deux institutions se trouvent dans des situations comparables.

c) Troisième branche

La partie requérante indique que le premier acte attaqué viole les articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 sur la motivation formelle des actes administratifs puisqu'il se contente d'affirmer que « sur base des données de l'Agence intermutualiste, il apparaît que votre Centre ne respecte pas les critères pour prétendre au bénéfice de la nouvelle convention », sans apporter le moindre élément pour expliquer comment la partie adverse est arrivée à cette conclusion.

d) Quatrième branche

Elle souligne que les critères d'accès à la nouvelle convention lui sont inopposables dans la mesure où ils n'ont jamais été publiés. Or, selon elle, la décision qui l'exclut du bénéfice de la convention sur la base de critères qui lui sont inopposables est dépourvue de la moindre motivation et du moindre fondement, en telle sorte qu'elle viole l'article 33 de la Constitution, l'obligation de motivation en la forme et au fond ainsi que la loi du 29 juillet 1991 sur la motivation formelle des actes administratifs.

e) Cinquième branche

Elle expose que le « conseiller » qui a signé le courrier du 3 janvier 2019 n'est pas l'organe compétent de l'INAMI pour examiner et décider si un établissement hospitalier satisfait ou non aux critères fixés à l'article 4 de la convention pour le suivi des enfants nés prématurément. Elle soutient que c'est au Comité de l'assurance qui a approuvé la convention de déterminer quels sont les établissements hospitaliers qui satisfont aux conditions d'accès de la nouvelle convention.

B. Mémoire en réplique

a) Première branche

La partie requérante relève que, même en ce qui concerne le processus d'élaboration de la convention, elle a été privée très tôt de la possibilité de faire valoir ses observations puisqu'elle a été exclue de toutes les réunions et discussions postérieures à celle du 27 mars 2018. Elle soutient que lorsqu'elle a pris l'initiative d'écrire à la partie adverse, la convention n'avait pas encore été approuvée, en sorte qu'elle n'a pas pu faire utilement valoir son point de vue « à propos d'un projet de décision qui n'était pas susceptible d'exister puisque les critères n'avaient même pas encore été arrêtés ». Elle ajoute qu'elle ne savait pas encore quels seraient les critères qui seraient finalement adoptés, comment ces critères seraient calculés et sur base de quelles données.

Elle estime que les courriers adressés à l'INAMI témoignent du fait qu'elle n'entendait pas faire valoir ses arguments à propos d'un prétendu projet de décision de l'exclure de la convention, mais plutôt qu'elle s'étonnait d'avoir été exclue subitement des discussions sur la convention et entendait, à cet égard, faire valoir des éléments « à l'aveugle » qui attestent de son expérience. Elle expose que ces courriers visent surtout à convaincre la partie adverse de revoir les critères en projet.

b) Deuxième branche

La partie requérante estime que le fait qu'elle s'est abstenue de contester la décision de la partie adverse de permettre à d'autres établissements hospitaliers de conclure la convention est sans la moindre incidence sur la recevabilité de cette

branche du moyen puisque ce qui est reproché, c'est que les règles ont été appliquées différemment pour elle par rapport aux autres hôpitaux.

Elle soutient que le dossier administratif ne contient pas le moindre examen par la partie adverse d'une comparaison des statistiques des différents établissements hospitaliers au regard des critères choisis et que la pièce 40 du dossier administratif constitue la compilation de toutes les données rassemblées par l'AIM, mais ne permet pas de déterminer comment les critères ont été appliqués pour sélectionner les services NIC, à un moment où la convention n'était même pas encore approuvée. Dans la mesure où le dossier administratif ne contient aucune décision motivée déterminant les établissements retenus sur la base des critères définitivement adoptés par la convention, elle affirme qu'il est impossible de savoir comment la partie adverse a procédé à cet examen et que celle-ci est donc dans l'impossibilité d'établir qu'elle a été traitée sur pied d'égalité avec les autres, dont l'UZ Brussel.

Elle ajoute que certains documents du dossier administratif laissent entendre que sa situation a été examinée de manière superficielle et sans jamais se pencher sur les statistiques concrètes la concernant puisque, lors de sa réunion du 20 juin 2018, le Collège des médecins-directeurs s'interroge sur les raisons pour lesquelles elle est en mesure de faire état d'un nombre supérieur au seuil de 40 patients et que, lors de sa réunion du 21 novembre 2018, il est expliqué que « les filtres dont il est question à l'article 4, § 2, [conditions d'accès à la convention] doivent tous être appliqués, ce que [Madame F.] ne peut pas garantir à la lecture des chiffres transmis par les 2 Centres ». La partie requérante en déduit que la partie adverse n'a jamais pris la peine d'opérer un examen approfondi et comparé de sa situation par rapport à celle des autres centres, mais qu'elle s'est contentée de « deviner » l'origine des divergences entre les chiffres avancés et ceux susceptibles d'être retenus dans le cadre d'une décision de l'exclure de la convention.

c) Troisième branche

La partie requérante fait valoir que, pour motiver formellement la décision de l'exclure de la convention, il ne suffit pas de se référer à ses critères d'accès, mais qu'il faut pouvoir comprendre comment la partie adverse a appliqué ces critères, sur base de quelles données, par quelle méthode de calcul, *etc.* Elle soutient qu'encore à l'heure actuelle, elle n'est pas en mesure de comprendre pourquoi l'application de ces critères a conduit à considérer qu'elle n'atteignait pas

le seuil de 40 patients.

d) Quatrième branche

La partie requérante conteste l'affirmation selon laquelle elle avait connaissance, dès le mois de mars 2018, des critères d'accès à la nouvelle convention. Elle expose avoir démontré à suffisance qu'elle a été exclue unilatéralement et subitement de toutes les discussions sur l'élaboration de la convention, qu'elle n'était donc pas informée des suites de ce processus d'élaboration, ne savait pas si le contenu des critères avait entretemps évolué, ignorait également que la convention avait été finalisée et que ce n'est qu'à la réception de la lettre du 3 janvier 2019 qu'elle a compris qu'une convention avait été finalisée et approuvée par le Comité de l'assurance.

e) Cinquième branche

La partie requérante renvoie aux explications qu'elle a déjà données pour établir qu'elle critique bel et bien la décision administrative de lui refuser l'accès à la convention en raison du fait qu'elle ne remplirait prétendument pas ses critères d'accès.

C. Dernier mémoire de la partie requérante

a) Première branche

La partie requérante répète que le principe *audi alteram partem* est bien d'application, dès lors que la décision qui consiste à l'exclure du bénéfice de la convention « lui permettant de poursuivre les prestations de bilan pour les enfants grands prématurés dont elle s'est fait une spécialité » constitue une mesure grave à son égard. Elle précise qu'il ne faut pas confondre l'audition préalable à la décision d'approuver la convention-type et celle préalable à la décision de l'exclure de la possibilité de conclure la convention au motif qu'elle ne satisferait pas aux critères d'accès à cette convention. Elle répète, pour le reste, les arguments développés dans son mémoire en réplique.

b) Deuxième branche

La partie requérante soutient qu'un document antérieur à l'élaboration et

à l'approbation de la convention ne peut justifier la décision de non-respect des critères d'accès à cette convention. Elle fait valoir, pour la première fois dans le dernier mémoire, que le tableau 2B de l'annexe 1 de la pièce 40 du dossier administratif ne correspond pas aux critères finalement adoptés dans la convention-type, dès lors que « [ce tableau] ne comptabilise que les patients qui ont reçu la prestation [de bilan] la même année que celle de leur admission [alors que] la convention-type [prévoit de comptabiliser] tous les patients qui ont été admis en 2015 et ont reçu une prestation jusqu'au 30 juin 2016 ». Elle en déduit que ce tableau ne peut constituer le commencement de preuve qui démontrerait que l'UZ Brussel satisferait aux critères d'accès à la convention tandis qu'elle même n'y satisferait pas.

c) Troisième branche

La partie requérante répète que « la motivation de la décision du 3 janvier 2019 » ne comporte aucun examen de sa situation propre au regard des critères d'accès à la convention, aucun calcul et aucune explication de l'application de ces critères. Selon elle, « s'agissant d'un acte administratif individuel, il est soumis à l'obligation de motivation en la forme (loi du 29 juillet 1991), en telle sorte que les compléments d'information qu'[elle] aurait dû prétendument trouver dans le dossier administratif, ne suffisent pas à combler le manque de motivation en la forme de la décision précitée ». Toujours selon elle, « s'il fallait considérer que l'autorité a entendu procéder à une motivation par référence aux données de l'Agence intermutualiste, ces données devaient alors figurer en annexe à la décision [qui lui a été] notifiée [...] ». Elle estime encore que la décision de l'exclure de la convention ne peut être motivée sur la base de documents établis avant l'élaboration et l'approbation de la convention et de ses critères d'accès.

d) Quatrième branche

La partie requérante expose que la publication des critères d'accès à la nouvelle convention s'imposait en raison de leur nature réglementaire.

e) Cinquième branche

La partie requérante soutient que le courrier du 3 janvier 2019 constitue la décision par laquelle l'autorité statue sur la question de savoir si elle satisfait ou non aux critères d'accès de la nouvelle convention. Elle relève que la partie adverse

n'a produit aucune autre pièce attestant de l'existence d'un autre document faisant office de décision sur ce point et en déduit que c'est bien cette lettre du 3 janvier 2019 qui tient lieu de décision, en sorte qu'il ne s'agit pas d'une simple notification.

VI.2. Appréciation du Conseil d'État

Il a déjà été considéré, lors de l'examen de la recevabilité du recours, que le courrier du 3 janvier 2019 ne constituait pas un acte susceptible de recours. Les griefs du second moyen ne sont recevables que dans la mesure où ils sont dirigés contre la décision implicite d'exclure la partie requérante du bénéfice de la convention de 2019 pour le suivi des enfants nés prématurément.

a) Quant à la première branche

Quand bien même le principe *audi alteram partem* serait applicable à la décision implicite d'exclure la partie requérante de la convention, il suffit de constater qu'en l'espèce, elle a eu l'occasion de faire valoir effectivement et utilement son point de vue avant l'adoption de cette décision.

Contrairement à ce qu'elle affirme, la partie requérante avait une connaissance complète des critères d'accès à la nouvelle convention puisqu'ils figuraient déjà dans la note conceptuelle approuvée par le Collège des médecins-directeurs, lors de sa séance du 14 mars 2018 et transmise à la partie requérante en vue de la réunion du Conseil d'accord du 27 mars 2018. Cette note indique, en outre, clairement les services NIC qui, en application de ces critères, seraient concernés par la nouvelle convention, à l'exclusion donc du service NIC de l'HUDERF. La partie requérante a, par ailleurs, pu prendre connaissance du projet abouti de nouvelle convention, qui lui a été adressé par courriel du 17 septembre 2018 par la représentante d'un centre signataire. Elle a pu, à cette occasion, constater que les critères d'accès étaient restés inchangés.

Dans les courriers des 26 avril et 1^{er} octobre 2018 qu'elle a adressés à l'INAMI, la requérante conteste (1) comme elle l'indique elle-même dans son mémoire en réplique, le choix des critères d'accès à la nouvelle convention, mais aussi (2) leur application à sa situation puisqu'elle reprend le nombre de patients que son service NIC a admis en 2015 et qui, d'après ses données, ont bénéficié d'une prestation de bilan jusqu'au 30 juin 2016. Il importe peu que la partie requérante ait fait valoir ses observations sur des critères qui n'étaient pas encore approuvés, dès

lors que ce sont bien ces critères qui sont repris dans la nouvelle convention.

Le Collège des médecins-directeurs a pris connaissance des arguments de la partie requérante et a examiné sa situation en particulier, à plusieurs reprises, après le Conseil d'accord du 27 mars 2018 et l'envoi des deux courriers précités.

Le second moyen, en sa première branche, n'est pas fondé, sans qu'il soit utile d'examiner d'autres motifs éventuels de rejet.

b) Quant à la deuxième branche

Le tableau 2B de l'annexe 1 de la pièce 40 du dossier administratif établi par l'AIM démontre que le seuil de 40 bénéficiaires est, pour la période de référence, atteint pour le service NIC de l'UZ Brussel (43), mais pas pour le service NIC de l'HUDERF (35).

Contrairement aux affirmations de la partie requérante, ce tableau permet de rencontrer les critères d'accès de la nouvelle convention puisqu'il recense, par hôpital, le nombre de patients différents qui, dans le courant de l'année 2015, ont été admis au moins un jour dans le service NIC et qui, après leur admission, ont bénéficié d'une prestation de bilan dans le cadre de la convention de 2014. L'« année de prestation » visée dans le tableau concerne l'« année pendant laquelle le patient a été admis au moins 1 jour dans un service NIC », soit, pour la période de référence, l'année 2015. Les prestations de bilan ont, quant à elles, bien été prises en compte jusqu'au 30 juin 2016 (sur la base des données comptabilisées par les organismes assureurs jusqu'au 31 mars 2017). Ceci ressort clairement de la « fiche de projet » établie par l'AIM (annexe 1 à la pièce 40 du dossier administratif).

C'est sur la base de ce tableau et de l'analyse qui en a été faite (annexe 2 de la pièce 40 du dossier administratif) que le Collège des médecins-directeurs a décidé, lors de sa réunion du 24 janvier 2018, de retenir le seuil de 40 patients qui, au cours de l'année 2015, ont été admis un jour dans le service NIC de l'hôpital et qui, après leur admission, ont eu une prestation de bilan. Comme il a déjà été exposé, ce seuil minimal a été choisi pour limiter le nombre de services NIC à dix unités et garantir, dans la mesure du possible, une répartition géographique des centres signataires sur le territoire de toutes les provinces. Ces critères ont ensuite été soumis au Conseil d'accord du 27 mars 2018 puis au Comité de l'assurance qui les a approuvés le 17 décembre 2018.

La partie requérante ne peut sérieusement reprocher au Collège des médecins-directeurs de ne pas avoir confronté, plus avant, les données chiffrées de l'AIM avec le contenu de ses courriers des 26 avril et 1^{er} octobre 2018, la partie requérante n'ayant produit aucun document probant à l'appui de ses propres calculs.

Le second moyen, en sa deuxième branche, n'est pas fondé, sans qu'il soit utile d'examiner d'autres motifs éventuels de rejet.

c) Quant à la troisième branche

La décision d'exclure la partie requérante du bénéfice de la convention étant une décision implicite, la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs ne lui est pas applicable.

Le second moyen, en sa troisième branche, n'est pas fondé, sans qu'il soit utile d'examiner d'autres motifs éventuels de rejet.

d) Quant à la quatrième branche

L'affirmation selon laquelle les conditions d'accès à la nouvelle convention devaient être publiées repose sur le postulat erroné qu'elles constitueraient un acte réglementaire (cf. troisième branche du premier moyen).

Le second moyen, en sa quatrième branche, n'est pas fondé, sans qu'il soit utile d'examiner d'autres motifs éventuels de rejet.

e) Quant à la cinquième branche

Dès lors que le courrier du 3 janvier 2019 ne constitue que la notification de la décision implicite de la partie adverse d'exclure la partie requérante de la nouvelle convention, rien n'impose qu'il soit signé par l'auteur de la décision notifiée.

Du reste, c'est bien le Comité de l'assurance qui a implicitement décidé d'exclure la partie requérante de la convention en approuvant ses conditions d'accès et la proposition du Collège des médecins-directeurs de ne conclure celle-ci qu'avec les dix centres qui satisfaisaient à ces critères.

Le second moyen, en sa cinquième branche, n'est pas fondé, sans qu'il soit utile d'examiner d'autres motifs éventuels de rejet.

VII. Indemnité de procédure

La partie adverse sollicite une indemnité de procédure au montant de base (700 euros). Il y a lieu de faire droit à sa demande.

PAR CES MOTIFS, LE CONSEIL D'ÉTAT DÉCIDE :

Article 1^{er}.

La requête est rejetée.

Article 2.

La partie requérante supporte les dépens, à savoir le droit de rôle de 200 euros, la contribution de 20 euros et l'indemnité de procédure de 700 euros accordée à la partie adverse.

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique de la VI^e chambre, le 18 décembre 2020 par :

Imre Kovalovszky,
David De Roy,
Florence Piret,
Vincent Durieux,

président de chambre,
conseiller d'État,
conseiller d'État,
greffier.

Le Greffier,

Le Président,

Vincent Durieux

Imre Kovalovszky