

CONSEIL D'ÉTAT, SECTION DU CONTENTIEUX ADMINISTRATIF

VI^e CHAMBRE

A R R Ê T

n^o 258.661 du 31 janvier 2024

A.228.740/VI-21.549

En cause : **1. la société coopérative à responsabilité limitée B. CLINIC,**
2. la société coopérative à responsabilité limitée moveUP,
ayant toutes deux élu domicile chez
M^e Catherine JIMENEZ, avocat,
boulevard Louis Schmidt 56
1040 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 Ixelles.

I. Objet de la requête

Par une requête introduite le 20 septembre 2019, la société coopérative à responsabilité limitée B. CLINIC et la société coopérative à responsabilité limitée moveUP demandent l'annulation de « la règle interprétative de la nomenclature des prestations de santé (C-2019/30689) adoptée par le comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité selon laquelle la présence physique du kinésithérapeute est indispensable pour l'exécution des prestations attestées dans le cadre de l'article 7 de la nomenclature », publiée au *Moniteur belge* du 24 juillet 2019.

II. Procédure

Un arrêt n^o 245.301 du 14 août 2019 a ordonné la suspension de l'exécution de la décision attaquée. Il a été notifié aux parties.

La contribution et les droits visés respectivement aux articles 66, 6°, et 70 de l'arrêté du Régent du 23 août 1948 déterminant la procédure devant la section du contentieux administratif du Conseil d'État ont été acquittés.

Le dossier administratif a été déposé.

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

M. Edward Langohr, 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 une ordonnance du 26 juin 2023, l'affaire a été fixée à l'audience du 27 septembre 2023.

M. David De Roy, conseiller d'État, a exposé son rapport.

M^e Catherine Jimenez, avocat, comparaisant pour la partie requérante, et M^e Pierre Slegers, avocat, comparaisant pour la partie adverse, ont été entendus en leurs observations.

M. Edward Langohr, premier auditeur, a été entendu 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

Les faits de la cause ont été exposés par le Conseil d'État dans l'arrêt n° 245.301 du 14 août 2019, par lequel il est statué sur la demande de suspension de l'exécution de l'acte attaqué.

Cet exposé des faits n'a pas été contesté et n'apparaît pas devoir être modifié pour les besoins de l'examen du recours en annulation. Il y a donc lieu de s'y référer.

IV. Recevabilité du recours

IV.1. Thèses des parties

A. Requête.

En ce qui concerne la nature de l'acte attaqué, les requérantes font valoir qu'il se définit comme une règle interprétative de l'article 7 de la nomenclature des prestations de santé adoptée en vertu de l'article 22, 4° *bis* de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994. Elles exposent que la disposition interprétée n'aborde pas la question de la présence physique du kinésithérapeute lors de la séance individuelle et que l'acte attaqué indique que la présence physique du kinésithérapeute est indispensable. Elles en déduisent qu'il ajoute au libellé de la disposition susvisée et ne se limite donc pas à l'interpréter, et partant, qu'il est susceptible de recours. Elles font également valoir que le Conseil d'État a tranché en ce sens dans l'arrêt de suspension.

B. Mémoire en réponse.

La partie adverse répond que l'acte attaqué ne modifie pas les conditions de remboursement des soins de santé. Elle soutient que la nomenclature ne peut être interprétée que comme imposant déjà la présence du kinésithérapeute pour attester du soin prodigué. Elle considère que l'impossibilité pour l'auteur de la nomenclature d'avoir pu viser au moment de l'adoption de l'article 7 les prestations à distance est un élément déterminant. Elle expose qu'un nouveau médicament ne peut être considéré remboursable par interprétation extensive, même s'il est générique et donc scientifiquement quasiment identique au médicament de référence ou s'il est importé parallèlement et donc identique à un médicament déjà remboursé et que lorsqu'une nouvelle technique médicale est développée pour un même soin, le remboursement est conditionné par la modification de la nomenclature. Elle fait valoir que ne sont pris en charge par l'assurance obligatoire que les soins de santé qui sont expressément mentionnés dans la liste des prestations remboursables parce qu'il a été considéré qu'il était justifié de les financer par le mécanisme de solidarité nationale que constitue l'assurance obligatoire. Elle prétend que l'interprétation extensive, suggérée par les requérantes, induirait une distinction non justifiée entre les prestations de soins de santé pour lesquelles une évolution technologique non imaginée lors de l'adoption de la nomenclature ne pourrait être remboursée qu'après adoption d'une décision prenant acte de l'évolution technologique, évaluant son efficacité et sa pertinence et en déterminant la valeur, et les prestations de soins de santé pour lesquelles une

évolution technologique non imaginée lors de l'adoption de la nomenclature serait remboursée par interprétation extensive sans évaluation de son efficacité ni de sa pertinence et sans détermination de sa valeur. Elle ajoute qu'une telle interprétation extensive de la nomenclature est contraire aux principes de bonne administration. Elle affirme que dès lors qu'il s'agit de l'affectation des moyens dévolus au financement de la sécurité sociale, la nomenclature doit s'interpréter restrictivement. Elle considère qu'une interprétation libre et extensive, même téléologique, de la nomenclature revient à considérer que des deniers publics puissent être utilisés pour un financement qui n'a pas été expressément décidé par l'autorité compétente. Elle soutient qu'au moment de l'adoption de l'article 7 de la nomenclature, son auteur n'a pas pu vouloir viser les prestations de télékinésithérapie dès lors qu'elles n'existaient pas encore, qu'il n'a donc pas pu les inscrire sur la liste des prestations remboursables ni se prononcer sur l'opportunité d'affecter des moyens publics au financement de ces prestations particulières. Elle en déduit que considérer qu'il s'agit de prestations remboursables au terme d'une interprétation large et libre de la nomenclature revient à octroyer un financement public sans aucun fondement. Elle estime que ceci est confirmé par le fait que l'article 7 liste de manière limitative les lieux où peut se dérouler la prestation. Elle en déduit que la nomenclature énumère de manière limitative les types de consultations, les types de séances qui sont remboursés et que le lieu où le prestataire et le patient se trouvent est un critère de remboursement de la prestation prévu par la nomenclature. Elle soutient qu'il en ressort que le prestataire et le patient doivent tous les deux se trouver au même endroit et que la prestation nécessite la rencontre physique du patient et du prestataire de soins. Elle ajoute que l'interprétation des requérantes est incompatible avec le contenu du dossier de kinésithérapie fixé par l'article 7, § 9, de la nomenclature dont il résulte que le praticien doit effectuer un véritable examen kinésithérapeutique, impossible à distance et qu'il se déduit de l'article 7, § 9bis, de la nomenclature que la participation active du patient doit être supervisée par le praticien, ce qui n'est pas possible à distance. Elle affirme que l'interprétation des requérantes est également inconciliable avec la notion même de soins de santé qui suppose une prestation de soin, laquelle suppose une rencontre physique entre le patient et le prestataire. Elle soutient qu'un cadre permettant de s'assurer que le soin posé peut valablement être attesté alors que le prestataire n'a pas assisté physiquement au soin doit être préalablement fixé et suppose une modification de la nomenclature actuelle. Elle fait encore valoir qu'il se déduit du paragraphe 4 de l'article 7 de la nomenclature que le remboursement des prestations couvre tant la prestation intellectuelle que les actes techniques et qu'une prestation à distance ne pourrait impliquer la réalisation d'actes techniques. Elle en déduit que la nomenclature actuelle n'envisage actuellement pas ce type de prestations. Selon elle, il se déduit du paragraphe 21 de l'article 7 de la nomenclature qu'un kinésithérapeute agréé doit être physiquement présent et personnellement

impliqué pour le remboursement d'actions menées sous sa direction. Elle en conclut que la nomenclature imposait déjà la présence physique du kinésithérapeute comme condition de remboursement de sorte que l'acte attaqué n'a qu'une portée purement interprétative et partant, qu'il ne fait pas grief.

C. Mémoire en réplique.

À ce qu'elles ont soutenu en termes de requête et répètent, les requérantes ajoutent que l'article 7 de la nomenclature ne requiert pas sous les termes « apport personnel » la présence physique du kinésithérapeute. Elles font, en outre, valoir que l'acte attaqué ne fait aucune référence à la notion d'« apport personnel du kinésithérapeute » contenue dans la nomenclature ni à une quelconque difficulté d'interprétation de cette notion. Elles exposent que la définition de l'apport personnel du kinésithérapeute par l'article 7, § 14, 5°, de la nomenclature ne fait aucun lien entre la présence physique obligatoire du kinésithérapeute et la notion d'apport personnel. Selon elles, il ressort de la nomenclature applicable aux médecins que lorsque l'auteur de la nomenclature a considéré que certaines prestations exigeaient la présence physique du praticien, il l'a précisé, notamment à l'article 1^{er}, § 4bis, de la nomenclature. Les requérantes font état d'un lobbyisme de l'Union Belge des Kinésithérapeutes contre leur application et son remboursement. Elles affirment que le fait que le gouvernement fédéral soit en affaires courantes l'empêche de modifier la nomenclature dans le sens souhaité par l'Union Belge des Kinésithérapeutes et que, pour ce motif, la partie adverse a utilisé la voie de la règle interprétative. Elles soutiennent que l'argument suivant lequel l'auteur de la nomenclature n'a pas pu imaginer, au moment où il a adopté la nomenclature, l'évolution de la kinésithérapie vers des séances sans présence physique du kinésithérapeute a été rejeté par l'arrêt de suspension. Elles ajoutent que la partie adverse ne peut à la fois faire une interprétation restrictive de la disposition litigieuse et y voir une restriction implicite. Elles considèrent qu'il faut s'en tenir à une interprétation stricte des termes utilisés dans la nomenclature pour décider du caractère attestable et remboursable ou non d'une prestation de soins de santé. A l'estime des requérantes, la question des médicaments remboursables n'est pas identique à celle des prestations de kinésithérapie. Selon elles, si les médicaments remboursables figurent nominativement sur une liste des spécialités pharmaceutiques remboursables de sorte que tout nouveau médicament, quel qu'il soit, doit faire l'objet d'un dossier de demande de remboursement auprès de la Commission de remboursement des médicaments par la firme pharmaceutique qui le commercialise, la nomenclature des prestations de soins de santé en matière de kinésithérapie n'énumère pas une liste positive des prestations remboursables mais définit les éléments constitutifs d'une séance individuelle de kinésithérapie attestable et remboursable, à savoir un apport

personnel et une durée globale moyenne de 30 minutes. Elles répètent que cette description ne mentionne pas la présence physique obligatoire du kinésithérapeute, qui ne peut être déduite de la notion d'« apport personnel » et que l'acte attaqué fait œuvre réglementaire en l'exigeant. Elles ajoutent que le lieu de la prestation n'est pas un critère de remboursement dès lors qu'il ne figure pas dans la définition de la séance individuelle de kinésithérapie reprise à l'article 7 de la nomenclature, quand bien même celui-ci attribue un numéro et un montant de remboursement différents (une séance au domicile du patient étant plus chère notamment en raison des frais de déplacement). Elles affirment que la question de la compatibilité de l'application litigieuse avec ce que doit être une séance de kinésithérapie au sens de la nomenclature relève de l'opportunité, n'est pas de la compétence du Conseil d'État comme celui-ci l'a indiqué dans l'arrêt de suspension et est indépendante de la question de la recevabilité et du fond du recours. Elles soutiennent qu'une séance à distance ne rend pas impossible la synthèse des constatations de l'examen kinésithérapique exigée par l'article 7, § 9, de la nomenclature et que les pièces qu'elles produisent attestent de la réalité de la synthèse qu'elles réalisent. En ce qui concerne le fait que l'article 7, § 9 *bis*, de la nomenclature exige que « la séance individuelle de kinésithérapie doit comprendre un ou plusieurs actes qui ressortissent à la compétence des kinésithérapeutes et exige, si la situation du bénéficiaire le permet, une participation active du patient sous la forme d'une thérapie active d'exercices, y compris les instructions et conseils en vue d'une prévention secondaire », elles font valoir que cette disposition implique, avant tout, une participation active du patient, ce qui correspond à tout le moins à l'application litigieuse. Elles font encore valoir que la notion de « soins de santé » est définie, pour les kinésithérapeutes, aux articles 21*bis* et 21*ter* de l'arrêté royal n° 78 relatif à l'exercice des professions des soins de santé et vise notamment la mobilisation, laquelle peut se faire « avec ou sans assistance physique ».

Elles considèrent que l'argument suivant lequel la réalisation d'exercices physiques en dehors de la présence physique du kinésithérapeute ne permet pas de s'assurer de la réalité de la prestation, ni de son efficacité est de pure opportunité et n'est pas pertinent à l'encontre de l'application litigieuse dont le bracelet connecté et l'application mobile ont précisément pour objectif de vérifier, en tout temps, la réalisation des exercices, l'évolution de l'articulation et le niveau d'activité du patient en rééducation. Elles exposent que l'argument suivant lequel le remboursement des prestations de la nomenclature couvre nécessairement tant la prestation intellectuelle que les actes techniques et qu'une prestation à distance ne pourrait impliquer la réalisation d'actes techniques a été rejeté par l'arrêt de suspension. Elles ajoutent que l'argument suivant lequel, en application de l'article 7, § 21, de la nomenclature, un kinésithérapeute agréé doit effectivement être physiquement présent et personnellement impliqué a également été rejeté par l'arrêt de suspension. Elles en concluent que l'acte attaqué ajoute à la

réglementation en vigueur.

D. Dernier mémoire de la partie adverse

La partie adverse formule les observations suivantes :

- « 3. La thèse des parties requérantes suivies par Monsieur le Premier Auditeur se fonde repose sur le constat suivant : la nomenclature permettrait la prestation de kinésithérapie à distance de sorte qu'en imposant la présence physique du kinésithérapeute la partie adverse aurait fait œuvre réglementaire.
Elle repose sur l'hypothèse selon laquelle la nomenclature porterait sur toutes les prestations qui ne sont pas expressément exclues. Ainsi, le Roi en intégrant certaines prestations dans la nomenclature, inclurait même des prestations qui sont, à ce moment-là, inexistantes et impossibles.
La question centrale est donc celle de l'interprétation de la nomenclature en ce qu'elle exige un apport personnel du kinésithérapeute et donc de l'intention du Roi en imposant cette condition.
4. Comme exposé dans le mémoire en réponse, le Roi n'a pas inclus les prestations à distance et n'aurait pas raisonnablement pu le faire (de telles prestations étaient matériellement impossibles à cette époque).
5. Ceci a été récemment confirmé par le Roi lui-même. En effet, dans le cadre de la gestion de la crise relative à l'épidémie COVID-19, le Roi a adopté un arrêté royal spécifique pour prévoir des codes particuliers pour rembourser, à certaines conditions, les prestations de kinésithérapie effectuées à distance.
En effet, par un arrêté royal n° 20 du 13 mai 2020 portant des mesures temporaires dans la lutte contre la pandémie COVID-19 et visant à assurer la continuité des soins en matière d'assurance obligatoire soins de santé, le Roi [a], aux articles 8 à 13, prévu la création de prestations spécifiques à distance ainsi que les règles d'application y afférentes pour les médecins, dentistes et kinésithérapeutes.
S'agissant des soins kinésithérapeutiques, l'article 13 est libellé comme suit :
- “ § 1. Forfait hebdomadaire :
- 518011
Soins à distance via communication vidéo (forfait hebdomadaire) M 43
- 518033
Soins à distance via communication téléphonique (forfait hebdomadaire) M 27
Ces prestations comprennent au moins :
- 1° l'évaluation de l'état du patient au moyen d'une anamnèse ;
2° la préparation d'un programme individuel d'exercices et le *timing* des activités de la vie journalière (AVJ) ;
3° 2 contacts par semaine où le patient est encouragé à suivre son programme d'exercices ;
4° le suivi et l'ajustement du programme d'exercices du patient ;
5° l'enregistrement de paramètres utiles (mobilité, ...).
- § 2. Conditions d'application :
- Les prestations 518011 et 518033 peuvent être attestées par tous les kinésithérapeutes porteurs d'un numéro INAMI.
La prestation 518011 peut être attestée uniquement si au moins deux communications vidéo entre le kinésithérapeute et le patient ont été effectuées au cours d'une semaine, dont une d'une durée minimale de 20 minutes.
La prestation 518033 peut être attestée uniquement si au moins deux communications téléphoniques entre le kinésithérapeute et le patient ont été effectuées au cours d'une semaine.
Les prestations 518011 et 518033 sont considérées comme une intervention

forfaitaire par semaine et par patient.

Par “semaine”, il faut entendre la période du lundi au dimanche.

Par patient et par semaine, une seule des prestations 518011 ou 518033 peut être prise en compte.

Le kinésithérapeute suit le patient dans son processus de revalidation et le stimule à suivre son protocole de soins.

Le kinésithérapeute note dans le dossier du patient les moments de contact, leur durée et la manière dont ils se sont déroulés, en précisant le protocole de rééducation proposé et l'évolution du patient, ainsi que l'application utilisée.

Ce traitement de kinésithérapie doit être prescrit par un prestataire de soins compétent. Aucune mention spécifique n'est requise sur la prescription pour des soins à distance.

Les prestations 518011 et 518033 ne s'appliquent pas aux patients hospitalisés.

Les prestations 518011 et 518033 n'affectent pas les “compteurs” de la nomenclature, mais peuvent être contrôlées par prestataire.

Les prestations 518011 et 518033 ne sont pas comptabilisées dans le nombre de prestations prescrites sur une prescription classique de kinésithérapie.

Pour la semaine au cours de laquelle ces prestations sont attestées, aucune prestation de l'article 7 de la nomenclature ne peut être attestée (par exemple rapport écrit, prestations manuelles, etc.).”

A propos de cette disposition, le rapport au Roi précise que “pour assurer la continuité de soins et de stabiliser ou d'améliorer l'état de santé du patient, ce qui sera nécessaire dans un nombre limité de cas, l'article 13 rend possible des soins de kinésithérapie à distance par téléphone ou par communication vidéo.

L'article 13, § 1^{er}, prévoit la création de deux prestations spécifiques pour des soins à distance effectués par le kinésithérapeute.

L'article 13, § 2, détermine les règles d'application pour ces prestations.

L'article 14 prévoit l'intervention totale de l'assurance obligatoire soins de santé dans les honoraires des prestations à distance”.

Si le Roi a choisi, par cet arrêté de “rend[re] possible des soins de kinésithérapie à distance”, c'est qu'avant son intervention, de telles prestations n'étaient pas possibles. En réglementant les conséquences de la pandémie COVID pour l'assurance obligatoire soins de santé, il a été délibérément choisi de travailler avec des dispositions autonomes, confirmant ainsi le caractère temporaire et exceptionnel de ces télé-prestations. Cela signifie que ces prestations COVID ne sont pas intégrées dans la nomenclature. De plus, en ce qui concerne spécifiquement les prestations de télékinésithérapie, elles ne sont pas comptabilisées dans le nombre de séances de kinésithérapie prescrites.

6. Le Roi a donc expressément organisé le remboursement des soins kinésithérapeutiques à distance pour la gestion de la crise COVID. Si la nomenclature le permettait d'ores et déjà comme le prétendent les parties requérantes un tel arrêté royal aurait été parfaitement inutile. Au contraire, le fait qu'il soit expressément prévu que ces prestations puissent faire l'objet d'un remboursement par l'assurance obligatoire soins de santé à certaines conditions fixées démontre bien que la nomenclature ne le permettait pas antérieurement.

7. En ayant adopté l'acte attaqué qui confirme que la présence physique du prestataire est requise pour l'octroi d'un remboursement, la partie adverse s'est donc limitée à interpréter une norme existante de la nomenclature sans l'altérer. Elle n'a donc pas modifié l'ordonnancement juridique.

L'exception d'irrecevabilité doit être accueillie.

8. Comme exposé ci-dessus et dans le mémoire en réponse, c'est l'interprétation proposée par les parties requérantes qui constituerait une modification de la nomenclature. Ou, à tout le moins, qui impliquerait que la nomenclature était illégale.

La nomenclature des soins de santé est, en effet, un acte réglementaire. S'il ne doit

pas être motivé en la forme, un tel acte doit néanmoins reposer sur de justes motifs. À cet égard, il eut été impossible pour le Roi de prévoir, lors de l'adoption de la nomenclature en ce qu'elle concerne les actes de kinésithérapie et y impose "l'apport personnel du kinésithérapeute", que cet apport fut distant, dès lors que l'option technique qui pourrait le rendre possible était inexistante à l'époque. Pour pouvoir considérer – comme le font les parties requérantes – que le Roi avait inclus les prestations à distance dans les prestations de kinésithérapie et dans l'apport personnel du kinésithérapeute, il faut donc nécessairement que le Roi ait adopté une nomenclature sans s'être posé la question de ce qu'il imposait. Il aurait donc posé des actes qu'il n'avait pas évalués. Il aurait tarifé quelque chose qu'il n'imaginait pas et ne pouvait imaginer. Il aurait donc prévu des dépenses sans pouvoir en donner la moindre justification...

La nomenclature des soins de santé n'incluait pas, pour la kinésithérapie, les soins à distance, sans présence physique du kinésithérapeute. L'acte attaqué n'a donc pas modifié cette règle ».

E. Plaidoiries

En réponse à une demande du conseiller rapporteur qui – dans la perspective de l'instruction d'audience – invitait les parties à l'informer des développements nouveaux qui auraient pu survenir depuis le dépôt des derniers mémoires et, le cas échéant, de l'incidence qu'elles entendraient leur reconnaître sur le sort du présent recours, la partie adverse a adressé, le 25 septembre 2023, une note dont le contenu a été plaidé à l'audience, laquelle faisait état des trois éléments suivants :

- « • (la fin de) la convention du 13 juillet 2020 (point A),
- les échanges de courrier entre les parties en suite de cette fin (point B) et
- l'évolution législative et réglementaire (point C) ».

Les développements de la note relatifs à ces trois éléments se lisent comme suit :

« A) La convention du 13 juillet 2020

1. Dans les faits, le remboursement des soins avec la solution mobile proposée par la partie requérante s'est fait au travers de conventions conclues entre l'INAMI et certains prestataires de soins.

Il s'agit d'une convention entre le comité de l'assurance du service des soins de santé de l'INAMI, les kinésithérapeutes et des établissements de soins agréés pour le remboursement de la rééducation des patients, avant et après une arthroplastie primaire du genou ou de la hanche, soutenue par une application mobile, approuvée le 13 juillet 2020.

Cette convention avait pour but d'étudier les 4 points suivants pour rééducation (avant ou après une prothèse primaire de genou ou de hanche) soutenue par une application mobile, en combinaison ou non avec des séances en présence physique :

- résultats qualitatifs de la rééducation, rapportés par le patient
- qualité de vie du patient suite au traitement
- incidence des complications, utilisation prolongée d'analgésiques lourds, consultations non planifiées et réadmissions
- coûts totaux pour les organismes payeurs de soins de santé après la mise en

route de l'application.

L'idée était de comparer ce traitement avec le traitement classique (*standard of care*) comprenant uniquement des séances en présence physique.

2. Dans une première phase de la convention qui s'est terminée fin septembre 2022, des patients ont été inclus dans une étude clinique afin de collecter des données. Les données de ces patients sont actuellement collectées et analysées par l'UZ Gent et le KCE. Les résultats de cette étude sont attendus pour juin 2024.

3. Conformément à la convention, les patients qui ont commencé leur trajet de rééducation soutenue par une application mobile avant le 1^{er} juillet 2023, maintiennent leur droit de remboursement pour toutes les prestations visées dans le trajet de soins de la convention jusqu'à la fin du traitement.

Depuis le 30 juin dernier, cette Convention a pris fin, tel que contractuellement prévu par la convention elle-même.

*

B) Echanges de courriers à la suite de la fin de la convention

4. Ensuite de cette fin de la convention, la partie requérante a écrit à la partie adverse et à son ministre de tutelle par courrier du 6 juillet 2023.

La partie requérante y rappelle que l'objet et l'effet de la Convention visée ci-dessus était d'assurer le remboursement des soins soutenus par l'application mobile qu'elle a développée.

La partie requérante y fait également une référence expresse aux modifications législatives intervenues, visant à intégrer réellement les soins à distance dans la nomenclature.

5. La partie adverse a précisé cela dans une réponse du 20 juillet 2023.

L'INAMI y répond plus généralement point par point aux observations formulées et, notamment en, renvoyant aux dispositions de l'AR n°20 qui restent applicables pour les prestations effectuées en dehors la convention.

L'INAMI a aussi confirmé que les organes compétents pour la kinésithérapie sont en train de réfléchir à des propositions pour adapter la nomenclature des prestations de santé pour que les prestations structurelles de kinésithérapie à distance soient remboursables au plus tard le 1^{er} janvier 2026.

En ce qui concerne l'étude clinique, la partie adverse a rappelé qu'elle reste en cours, en précisant que l'inclusion très difficile des patients et les conséquences budgétaires et scientifiques, l'ont forcée à adapter les conventions afin de pouvoir clôturer l'inclusion des patients et évoluer plus vite vers la deuxième phase de la convention (remboursement des prestations en dehors de l'étude). La partie adverse précise encore qu'à ce stade il est impossible de fonder scientifiquement les décisions sur l'étude clinique en cours.

6. Le Ministre des Affaires sociales a également répondu à ce courrier en date du 26 juillet 2023. Quant à la fin de la convention, le Ministre y expose :

“ Concernant la convention avec moveUP, lors du Comité de l'assurance du 13 juillet 2020, il a été décidé de rembourser temporairement de dossier [*sic*] via une convention qui prenait fin le 30 juin 2023. Dans ce cadre, une convention a également été conclue avec l'UZ Gent pour le financement d'une étude qui devait prévoir une évaluation des technologies de santé en vue d'informer l'INAMI sur une couverture plus définitive de l'intervention et la manière la plus efficace et la plus rentable d'utiliser l'application mobile.

Mais, comme indiqué, la fin de la convention au 30 juin 2023 était connue depuis le départ. Et les membres des Commissions de conventions hôpitaux et kinésithérapeutes ne se sont pas montrés demandeurs d'une prolongation de la convention. [...]”.

Le Ministre y fait également état des modifications en cours et, notamment, d'une

nouvelle procédure adoptée depuis le début du mois de juillet 2023.

*

C) Les modifications législatives et réglementaires

7. Postérieurement au dernier mémoire, un article 34, al. 5 a été inséré par l’art. 57 de la loi du 13 juin 2021, dans la loi relative à l’assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 (ci-après la “Loi AMI”).

Cet article constitue la base légale pour les soins à distance. Il dispose comme suit :
“ Si les prestations de santé sont accomplies au moyen des technologies de l’information et de la communication, l’assurance soins de santé intervient seulement si c’est expressément prévu dans les conditions de remboursement. Le Roi établit les définitions et les conditions d’application auxquelles ces prestations doivent répondre”.

Cette disposition précise que l’intervention de l’assurance soins de santé pour les soins accomplis aux moyens des technologies de l’information est soumise à la condition expresse que le Roi en ait prévu les définitions et conditions d’applications.

Comme cela ressort de l’exposé des motifs :

“ Cette disposition légale vise à intégrer les soins à distance à l’aide des technologies de l’information et de la communication dans l’assurance obligatoire soins de santé, répondant ainsi aux développements et aux besoins sur le terrain, qui ont augmenté de façon exponentielle en raison de la récente pandémie de COVID-19. Les dispositions de la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l’exercice des professions des soins de santé et de la loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé ou de ses arrêtés d’exécution restent pleinement applicables”.

L’exposé des motifs précise encore :

“ Étant donné que la prestation à distance constitue une modalité d’application ou une prestation de santé entièrement nouvelle dans le cadre de l’assurance obligatoire soins de santé, il est précisé que cette possibilité doit toujours être explicitement prévue dans les conditions de remboursement applicables à la prestation médicale en question. Si ce n’est pas explicitement prévu dans les conditions de remboursement, il n’y a pas d’intervention de l’assurance obligatoire soins de santé. En outre, ce point de vue est conforme, d’une part, au concept de la nomenclature des prestations de santé, qui est une liste positive de prestations remboursables, et, d’autre part, à la recommandation du KCE d’étendre progressivement la réglementation (nomenclature, conventions et trajet de soins) pour y inclure les vidéo-consultations”.

Et :

“ Les dispositions actuelles de la nomenclature (la description des prestations et des conditions de remboursement) ne sont en effet pas adaptées à cette possibilité et dans de nombreux cas, il ressortira de l’ensemble des conditions de remboursement que fournir ces prestations à distance n’est pas possible. Toutefois, pour éviter toute incompréhension et par manque d’interdiction explicite sur ce plan, la précision est apportée dans le texte légal”.

8. Votre Conseil avait émis, notamment, l’avis suivant à cet égard :

“ Or, depuis le début de la pandémie de COVID-19, la pratique semble s’être généralisée du recours par des titulaires de professions de santé à la consultation à distance réalisée au moyen de ces technologies.

S’il devait s’avérer que de telles prestations de santé, jusqu’à l’entrée en vigueur de l’article 62 de l’avant-projet, ont été remboursées dans le cadre des conditions de remboursement actuellement prévues pour les prestations concernées qui ont été accomplies sans le recours à ces technologies, la disposition examinée, appelée, selon l’article 77, § 1^{er}, de l’avant-projet, à entrer en vigueur le lendemain de la publication de la loi en projet au Moniteur belge,

pourrait être interprétée comme ayant pour effet de ne plus permettre le remboursement des prestations antérieures à cette date ni celles qui lui seraient postérieures et ce, jusqu’au moment où le Roi aura modifié les conditions de remboursement de ces prestations pour prévoir explicitement que leur remboursement couvre aussi l’hypothèse où elles sont accomplies au moyen des technologies concernées.

Il en résulterait donc, dans cette hypothèse, un recul sensible du droit à la sécurité sociale garanti par l’article 23, alinéa 3, 2°, de la Constitution, recul qui devrait pouvoir être justifié au regard du principe de *standstill* qui en résulte”.

Votre Conseil y relève que les soins à distance sont entrés dans la pratique courante depuis la pandémie de COVID-19 et que l’objet de la modification ne pouvait être d’invalider cela.

En réponse, le Législateur a alors précisé :

“ Cet article ne porte pas atteinte aux dispositions relatives aux prestations à distance instaurées dans le cadre de la pandémie et qui sont notamment prévues par l’arrêté royal n° 20 portant des mesures temporaires dans la lutte contre la pandémie COVID-19 et visant à assurer la continuité des soins en matière d’assurance obligatoire soins de santé et l’arrêté royal n° 21 portant des adaptations temporaires aux conditions de remboursement et aux règles administratives en matière d’assurance obligatoire soins de santé suite à la pandémie COVID-19”.

En effet, ces deux dispositions de niveau législatif – il s’agit d’arrêtés royaux de pouvoirs spéciaux – n’ont pas été abrogées par le texte en cause.

Le texte de l’article 34, alinéa 5 de la loi AMI a donc été adopté sur cette base. Il n’a pas fait l’objet d’une contestation devant la Cour constitutionnelle.

9. En exécution de cette disposition, un article 37 a été inséré dans la nomenclature des soins de santé. Il prévoit expressément les soins à distance.

Cet article 37 a été inséré par l’arrêté royal du 26 juin 2022 “insérant un chapitre XI dans l’annexe à l’arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d’assurance obligatoire soins de santé et indemnités, et abrogeant certaines mesures temporaires de l’arrêté royal n° 20 du 13 mai 2020 portant des mesures temporaires dans la lutte contre la pandémie COVID-19 et visant à assurer la continuité des soins en matière d’assurance obligatoire soins de santé ”.

Cet arrêté n’a fait l’objet d’aucun recours.

*

10. Enfin, la partie adverse renvoie au rapport du KCE 328 B (Vidéo-consultations dans le suivi des patients atteints de maladies chroniques somatiques). Le KCE y préconise de développer un cadre juridique pour le recours aux consultations à distance ».

IV.2. Appréciation du Conseil d’État

Telle que publiée au *Moniteur belge* du 24 juillet 2019, la règle interprétative de la nomenclature des prestations de santé qui fait l’objet du présent recours se lit comme suit :

« Règle interprétative de la nomenclature des prestations de santé
Sur proposition du Conseil Technique de la Kinésithérapie du 14 juin 2019 et en application de l’article 22, 4° bis, de la loi relative à l’assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, le Comité de l’assurance soins de santé a établi le 1^{er} juillet 2019 la règle interprétative suivante :

Règles interprétatives relatives aux prestations de l’article 7 de la nomenclature des

prestations de santé :

Règle interprétative n° 9 : Précision concernant la présence physique du kinésithérapeute dans les prestations de l'article 7 de la nomenclature :

Question :

Les prestations prévues à l'article 7 de la nomenclature peuvent-elles être attestées si elles sont exécutées, en tout ou en partie, sans la présence physique du kinésithérapeute ?

Réponse :

Non, la présence physique du kinésithérapeute est indispensable pour l'exécution de prestations attestées dans le cadre de l'article 7 de la nomenclature.

La règle interprétative précitée produit ses effets le 1^{er} janvier 2003 [...] ».

La question que soulèvent le recours et l'exception d'irrecevabilité *ratione materiae* qu'oppose à celui-ci la partie adverse est celle de savoir si cette « règle interprétative » attaquée en l'espèce ajoute, ou non, une condition réglementaire aux dispositions de la nomenclature qui – pour les prestations visées par les codes 563010 et 563312 de celle-ci – subordonnent l'admissibilité au remboursement à la condition que soit attestée une « séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes ». S'il apparaît – au contraire de ce que soutient la partie adverse – que le comité de l'assurance soins de santé a fait œuvre réglementaire en l'espèce, la « règle interprétative » attaquée devra bien être considérée comme un acte susceptible de faire l'objet d'un recours en annulation devant le Conseil d'État.

En arrêtant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, le Roi a identifié les prestations correspondant aux codes 563010 et 563312 et susceptibles d'être attestées en vue d'un remboursement, par référence à leur seul objet, à savoir une « séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes ». Ce faisant, Il n'a pas défini les prestations concernées en combinant leur objet avec leur mode opératoire et n'a donc – conformément à Son pouvoir discrétionnaire – exclu aucun mode opératoire en adoptant les dispositions réglementaires relatives à ces codes et aux prestations y afférentes. Au regard de ce libellé de la nomenclature pour les codes concernés, est sans intérêt la référence faite, dans le dernier mémoire de la partie adverse, à l'arrêté royal n° 20 du 13 mai 2020 portant des mesures temporaires dans la lutte contre la pandémie COVID-19 et visant à assurer la continuité des soins en matière d'assurance obligatoire soins de santé, lequel prévoit la reconnaissance de prestations de soins à distance notamment pour les kinésithérapeutes. L'adoption de cet arrêté royal n'a, en effet, pas d'incidence sur le procédé de définition des prestations mis en œuvre par le Roi, procédé en considération exclusive duquel doivent être appréhendés la portée et les effets de l'acte attaqué. Pour la même raison, est également sans intérêt l'invocation, dans le cadre de l'audience, de la convention du 13 juillet 2020 ainsi que

des modifications législative et réglementaire survenues depuis le dépôt du dernier mémoire.

Sans doute – et comme le fait valoir la partie adverse – le Roi ne pouvait-Il, en adoptant ces dispositions de la nomenclature, avoir égard à des techniques inconnues à l'époque de cette adoption ; rien n'indique toutefois – et la partie adverse ne le fait d'ailleurs pas valoir – qu'à cette époque, une « séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes » ne pouvait être conçue que selon un seul mode opératoire ; il n'est précisément pas exclu que la séance ainsi définie par référence à son objet pouvait être organisée en mobilisant différentes techniques, par ailleurs susceptibles d'évoluer, ce qui aurait ainsi pu déterminer le Roi à ne définir les prestations concernées que par référence à leur objet.

Compte tenu de ce choix précédemment posé par le Roi d'identifier les prestations concernées exclusivement par référence à leur objet, l'indication – apportée par l'acte attaqué – aux termes de laquelle la présence physique du kinésithérapeute est indispensable pour l'exécution des prestations attestées dans le cadre de l'article 7 de la nomenclature, fait bien figure d'ajout d'une condition réglementaire d'admissibilité des prestations concernées à leur remboursement, ajout en considération duquel l'acte attaqué ne peut être considéré comme une « règle interprétative » que le comité de l'assurance soins de santé de la partie adverse aurait édictée au titre de la compétence que lui attribue l'article 22, 4° *bis*, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

La partie adverse ne peut être suivie lorsqu'elle suggère que la thèse des requérantes selon laquelle il y aurait bien eu ajout d'une condition réglementaire de remboursement par l'acte attaqué procéderait d'une interprétation extensive des dispositions réglementaires précédemment arrêtées par le Roi. Il ne peut, en effet, être question d'une interprétation extensive là où – par les dispositions relatives aux prestations auxquelles sont associés les codes 563010 et 563312 – le Roi avait délimité largement le champ des prestations susceptibles de relever de ces numéros de nomenclature, en se tenant exclusivement à leur objet comme critère d'identification. Sont donc, et pour ce motif, dénués de pertinence les exemples, invoqués par la partie adverse au point 13 de son mémoire en réponse, relatifs au remboursement des médicaments, ou de soins pour lesquels ont été successivement et expressément prises en considération, dans le temps, différentes techniques médicales développées, comme tel semble être le cas mentionné d'interventions relatives à l'hystérectomie. Dans le même ordre d'idées – et contrairement à ce que soutient la partie adverse au point 15 de son mémoire en réponse – la thèse sur laquelle les requérantes fondent leur

prétention à voir leur recours déclaré recevable *ratione materiae* et accueilli ne procède pas d'une « interprétation large et libre de la nomenclature », mais de ce qu'imposent de lire les termes larges en lesquels le Roi a défini les conditions d'admissibilité au remboursement pour les prestations en cause.

Par ailleurs, la partie adverse soutient que la réalisation de prestations à distance serait nécessairement incompatible avec les prescriptions de la nomenclature relatives au contenu du dossier de kinésithérapie (article 7, § 9), à la prise en compte des actes intellectuels et techniques (article 7, § 4) ou encore à l'interdiction d'établir une attestation de soins pour des prestations effectuées par une personne non agréée comme kinésithérapeute (article 7, § 21). Rien ne permet toutefois d'établir cette incompatibilité :

- Le suivi (« *coaching* ») des patients à distance en vue de leur rééducation n'exclut pas qu'un examen kinésithérapique soit effectué par ailleurs, et qu'il soit rendu compte de la synthèse des constatations posées lors de cet examen dans le dossier individuel de kinésithérapie, comme le prescrit l'article 7, § 9, de la nomenclature des prestations de santé ;
- l'article 7, § 4, de la nomenclature des prestations de santé dispose qu'« [e]ntrent en ligne de compte au titre de prestations de la compétence d'un kinésithérapeute, les actes intellectuels et techniques définis à l'article 21bis, § 4, de l'arrêté royal n° 78 relatif à l'exercice des professions des soins de santé ». Cette disposition vise notamment « la mobilisation, qui consiste à faire exécuter des mouvements au patient, à des fins médicales, avec ou sans assistance physique », ce qui n'exclut pas une absence « physique » du prestataire de soins qui effectuerait sa prestation à distance ;
- la partie adverse n'expose pas en quoi le suivi des patients à distance serait nécessairement assuré par des personnes non agréées comme kinésithérapeutes qui se substitueraient à des kinésithérapeutes agréés, de sorte que le Conseil d'État n'aperçoit pas en quoi ce suivi à distance serait exclu par la disposition de l'article 7, § 21, alinéa 1^{er}, de la nomenclature des prestations de santé aux termes de laquelle « aucune attestation de soins ne peut être établie pour les prestations effectuées par une personne non agréée comme kinésithérapeute qui se substitue à un kinésithérapeute agréé, même en la présence de ce dernier ».

Il suit de l'ensemble de ces considérations que l'exception d'irrecevabilité doit être rejetée. Le recours est bien recevable *ratione materiae*.

V. Premier moyen – Première branche

V.1. Thèses des parties

A. Requête

Les requérantes soulèvent un premier moyen, pris de la violation des articles 33 et 105 de la Constitution, de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, notamment son article 22, de l'article 7 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités tel que modifié, de l'incompétence de l'auteur de l'acte, de l'erreur dans les motifs qui justifient l'acte attaqué, de l'erreur manifeste d'appréciation, du principe de bonne administration et de légitime confiance.

Au titre de la première branche de ce moyen, elles font valoir que l'acte attaqué a été adopté par le comité de l'assurance soins de santé, sur proposition du Conseil technique de la kinésithérapie. Elles exposent qu'il résulte de l'article 22, 4°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 que le comité de l'assurance n'est pas compétent pour modifier la nomenclature des prestations de santé mais seulement pour faire des propositions de modification au Ministre. Elles déduisent de ce que l'acte attaqué modifie l'article 7 de la nomenclature des prestations de santé qu'il n'a pas été adopté par l'autorité compétente. Elles soulignent que le Conseil d'État a jugé en ce sens dans l'arrêt de suspension.

B. Mémoire en réponse.

En réponse à cette première branche, la partie adverse répète que l'acte attaqué ne fait qu'interpréter la nomenclature et en déduit que le comité de l'assurance était compétent pour ce faire.

C. Mémoire en réplique.

Les requérantes rappellent en substance ce qu'elles ont soutenu dans leur requête introductive.

D. Dernier mémoire de la partie adverse

La partie adverse rappelle que le fondement du moyen est lié à la question de la recevabilité du recours, de sorte qu'il est renvoyé aux développements précédents de ses écrits de procédure.

V.2. Appréciation du Conseil d'État

Les compétences des autorités administratives sont d'attribution. Elles doivent être exercées par les organes désignés par les dispositions constitutionnelles, législatives et réglementaires en vigueur.

L'article 22, 4° et 4° bis, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, est libellé comme suit :

« Le Comité de l'assurance :

[...]

4° décide de la transmission au Ministre des propositions de modification de la nomenclature des prestations de santé visée aux articles 23, § 2 et 35, § 1^{er}, sauf quand il s'agit d'une proposition élaborée par le Ministre conformément à l'article 35, § 2, 3°, auquel cas la proposition doit toujours être transmise au Ministre.

Le Comité de l'assurance prend sa décision après avis de la Commission de contrôle budgétaire rendu au plus tard dans le mois qui suit l'envoi simultané des changements de nomenclature concernés au Comité de l'assurance et à la Commission de contrôle budgétaire. A défaut d'un avis rendu dans le délai précité d'un mois, l'avis est considéré comme donné. Le Comité de l'assurance peut adapter les propositions susmentionnées de modifications de la nomenclature avant qu'elles ne soient envoyées au ministre, si tous les membres du Comité de l'assurance présents ayant voix délibérative marquent leur accord avec cette adaptation.

4° bis détermine les règles interprétatives relatives à la nomenclature des prestations de santé sur la base des propositions visées à l'article 27, alinéa 3, à l'article 29 bis, 3°, et à l'article 29 ter, alinéa 4, 3, et en fixe la date d'entrée en vigueur. Ces règles interprétatives sont publiées au *Moniteur belge* ».

Ces dispositions attribuent ainsi au comité de l'assurance de la partie adverse des compétences pour décider de la transmission des propositions (adaptées, le cas échéant) de modification de la nomenclature des prestations de santé (art. 22, 4°) ainsi que pour déterminer les règles interprétatives relatives à la nomenclature des prestations de santé (art.22, 4° bis).

Il ne ressort, en revanche, ni de ces dispositions, ni d'autres qu'aurait identifiées la partie adverse, que son comité de l'assurance serait compétent pour établir et modifier la nomenclature des prestations de santé, en particulier pour ce qui concerne les soins donnés par les kinésithérapeutes.

Quoique présenté comme « règle interprétative » au sens de l'article 22, 4° *bis*, précité, l'acte attaqué s'analyse en réalité – et comme le fait apparaître l'examen de recevabilité du présent recours – en une modification de la nomenclature des prestations de santé, décidée par le comité de l'assurance de la partie adverse, en méconnaissance des compétences qui lui sont attribuées.

Il s'ensuit que le moyen est fondé en sa première branche.

Il n'y a lieu d'examiner ni les deux autres branches du premier moyen ni le deuxième moyen, qui – à les supposer fondés – ne pourraient entraîner une annulation aux effets plus étendus de l'acte attaqué.

VI. Indemnité de procédure et autres dépens

Les requérantes sollicitent, pour chacune d'elles, la condamnation de la partie adverse au paiement de l'indemnité de procédure de base, tenant compte de la suspension de l'exécution de l'acte attaqué ordonnée par l'arrêt n° 245.301 du 14 août 2019.

Bien que la partie adverse ne formule aucune observation à ce sujet, il ne se justifie pas d'accorder une indemnité de procédure liquidée au montant de base à chacune des requérantes, lesquelles ont le même conseil.

Dans ces circonstances, il y a lieu d'accorder aux requérantes une indemnité de procédure fixée au montant de 924 euros.

L'annulation de l'acte attaqué justifie, par ailleurs, que les autres dépens soient laissés à la partie adverse.

VII. Remboursement

Les dépens relatifs à la présente affaire comprenaient, au moment de l'introduction de la demande de suspension et de la requête en annulation, le droit de rôle de 200 euros dû par partie requérante ainsi que la contribution de 20 euros – prévue par les articles 4, § 4, et 5 de la loi du 19 mars 2017 instituant un fonds budgétaire relatif à l'aide juridique de deuxième ligne – due également par partie requérante.

Toutefois, par un arrêt n° 22/2020 du 13 février 2020, la Cour constitutionnelle a annulé, dans le cadre d'un recours en annulation de la loi du

19 mars 2017 précitée et de la loi du 26 avril 2017 réglant l'institution d'un fonds budgétaire relatif à l'aide juridique de deuxième ligne en ce qui concerne le Conseil d'État et le Conseil du Contentieux des Étrangers, les mots « par partie requérante » dans l'article 4, § 4, alinéas 1^{er} et 3, de la loi du 19 mars 2017, inséré par l'article 2 de la loi du 26 avril 2017.

Dès lors, en vertu de l'effet *erga omnes* et rétroactif de cet arrêt d'annulation, il y a lieu d'ordonner le remboursement des deux contributions de 20 euros indûment perçues.

**PAR CES MOTIFS,
LE CONSEIL D'ÉTAT DÉCIDE :**

Article 1^{er}.

La règle interprétative de la nomenclature des prestations de santé (C-2019/30689) adoptée par le comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité selon laquelle la présence physique du kinésithérapeute est indispensable pour l'exécution des prestations attestées dans le cadre de l'article 7 de la nomenclature est annulée.

Article 2.

Le présent arrêt sera publié par extrait au *Moniteur belge*.

Article 3.

La partie adverse supporte les dépens, à savoir le droit de rôle de 800 euros, les contributions de 40 euros et l'indemnité de procédure de 924 euros accordée aux parties requérantes.

Article 4.

Le montant de 40 euros versé indûment par les parties requérantes leur sera remboursé par le service désigné au sein du service public fédéral des finances comme compétent pour percevoir les droits et la contribution qui sont à payer dans le cadre d'une procédure introduite devant le Conseil d'État.

Ainsi prononcé à Bruxelles le 31 janvier 2024, par la VI^e chambre du
Conseil d'État, composée de :

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