

**DECISION DE LA CHAMBRE DE RECOURS DU 1^{ER} MARS 2012 -
Numéro de rôle : FB-003-07**

**Monsieur A.
Médecin – spécialiste en chirurgie plastique**

Partie appelante,

Comparaissant par Maître B., avocat (loco Maître C.),

CONTRE

**L'INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE (INAMI),
SERVICE D'EVALUATION ET DE CONTRÔLE MEDICAUX, établissement public,**

Dont le siège est établi avenue de Tervueren, 211 à 1150 Bruxelles ;

Partie intimée,

**Comparaissant par le Docteur D., médecin-inspecteur directeur et Maître E,
avocate (loco Maître F.).**

I. OBJET DE L'APPEL

L'appelant interjette appel contre la décision rendue par le Comité du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI le 13 octobre 2006.

L'appelant sollicite que soit posée, avant de dire droit, une question préjudicielle à la Cour constitutionnelle afin qu'il soit statué sur la violation, par la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, des articles 10 et 11 de la Constitution d'une part, des articles 148, 149 et 151 de la Constitution d'autre part, quant à l'application et à l'admission de la procédure prévue dans cette loi.

L'appelant entend faire déclarer la demande de l'INAMI irrecevable ou, à tout le moins, non fondée.

A titre subsidiaire, l'appelant demande que les prestations effectuées avant le 17 septembre 2001, ne puissent plus faire l'objet d'une décision judiciaire en raison de la prescription.

II. FAITS ET ANTECEDENTS DE LA PROCEDURE

L'appelant a obtenu son diplôme de docteur en médecine de l'Université de ... en 1970. Il obtient sa reconnaissance en chirurgie plastique le 4 novembre 1976.

L'appelant exerce l'art de guérir à ... sous la spécialité reconnue en son chef de chirurgien plasticien. Son numéro INAMI s'achève en effet par – 210 -, code attribué aux chirurgiens plasticiens.

Bien que le Dr A. soit depuis le 1^{er} janvier 1997 chef de service adjoint en chirurgie maxillo-faciale et orthognatique à l'hôpital de ..., il n'a jamais demandé que soit reconnue, dans son chef, la spécialité de chirurgien maxillo-facial.

L'appelant a un cabinet privé réservé aux consultations à ...

Le Dr A. n'a jamais été conventionné.

Les extractions de dents incluses avaient lieu en salle d'opération sous anesthésie générale dans le cadre d'hospitalisations de jour (98 % des cas).

Il est à remarquer que début 1987, l'organisme assureur 130 avait déjà contesté les codes 312152 et 312163 portés en compte par le Dr A. et procédé à une récupération de l'indu. Le Dr A. avait remboursé ces prestations.

Ce n'est donc pas la première fois qu'une enquête concernant le litige in casu a été ouverte contre l'appelant.

Un nouveau contrôle de conformité et de réalité de l'activité de l'appelant a été entrepris par les médecins inspecteurs près du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l' INAMI, G. et H. L'appelant a été préalablement averti par courrier du 13 juin 2003 et a été entendu le 2 juillet 2003, un rapport d'audition a été rédigé.

Le Service d'évaluation et de contrôle médicaux a relevé, par le biais de son courrier du 22 juillet 2003, les prestations d'extractions de dent incluses 312152 et 312163 et a attiré l'attention de l'appelant sur les limites de sa qualification de chirurgien plasticien. Cette qualification ne l'autorise pas, en effet, à attester de telles prestations, réservées aux stomatologues, sur des patients adressés à lui par des dentistes et des orthodontistes en vue de la réalisation de ces uniques prestations.

Un procès verbal de constat a été communiqué à l'appelant le 17 septembre 2003.

L'appelant a porté à la connaissance de l'INAMI le 13 octobre 2003 et rappelé le 9 décembre 2003 son intention de rembourser le montant des prestations indûment perçues sollicitant l'autorisation d'effectuer ce remboursement par mensualités sur une période de deux ou trois ans.

Le 31 octobre 2003, en même temps que l'envoi du formulaire de déclaration volontaire, il lui est répondu que la demande d'étalement sollicitée est trop importante compte tenu des pratiques du service en cette matière, mais qu'un délai lui est accordé jusqu'au 31 janvier 2004.

Le 17 décembre 2003, l'appelant a fait parvenir une lettre du 9 décembre 2003 au Service d'évaluation et de contrôle médicaux dans laquelle il propose, en accord avec la direction juridique du personnel de l'hôpital, que le CHR ... verse à l'INAMI le 31 janvier 2004 un montant de 9.954 EUR, soit 32% du montant total réclamé au Dr A., correspondant à la quote-part de l'hôpital pour ce type de prestations, et qu'il verse quant à lui des mensualités de 587,5 EUR sur une période de trois ans jusqu'à apurement complet des dettes. Il renvoie par le même courrier la déclaration volontaire.

La clôture de l'enquête a été notifiée à l'appelant par recommandé le 28 mars 2003 l'invitant à en examiner le rapport synthétique et à faire parvenir ses justifications dans un délai de deux mois, soit pour le 29 mai 2006 au plus tard. L'appelant a répondu par courrier du 12 avril 2006.

Aucune lettre sollicitant des renseignements relatifs à l'état d'avancement de la procédure ainsi qu'à sa fixation a été adressée par l'appelant au Comité du service d'évaluation et de contrôle médicaux avant le 12 avril 2006. L'appelant rappelle dans son courrier du 12 avril 2006 l'absence d'objection dans son chef quant au remboursement des prestations indûment perçues ainsi que sa disposition à l'honorer.

L'appelant a été entendu le 20 septembre 2006.

Le Comité du Service d'évaluation et de contrôle médicaux reproche à l'appelant d'avoir permis que soient portées en compte à l'assurance soins de santé, en son nom, 212 prestations d'extraction de dents incluses 312152-312163 K 120 du 11 octobre 2001 au 28 février 2003¹ alors que ces prestations, réservées aux stomatologues, n'auraient été susceptibles d'être honorées par l'assurance que dans l'hypothèse, visée aux articles 15, § 1, et 32, § 3, de la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire des soins de santé et indemnités, où l'appelant les aurait pratiquées à titre de prestations connexes.

Or, tel n'était pas le cas puisqu'elles ne portaient aucunement sur des patients soignés par l'appelant dans le cadre de sa spécialité, ceux-ci ne lui ayant été adressés par des dentistes et des orthodontistes qu'en vue de la réalisation de ces uniques prestations.

Par décision du 13 octobre 2006, le Comité du Service d'évaluation et de contrôle médicaux a condamné l'appelant à rembourser les sommes indûment perçues à charge de l'assurance soins de santé, soit 23.243,58 EUR.

Cette décision a été notifiée à l'appelant le 5 janvier 2007.

Le 1er février 2007, l'appelant a effectué par virement le remboursement intégral des prestations indûment perçues à charge de l'assurance d'une valeur totale de 23.243,58 EUR ; l'INAMI a, à cet égard, émis un avis de réception le 14 février 2007. Il convient de noter que l'extrait de compte ne reprend pas, en communication, que ce remboursement aurait été fait « *sous toute réserve* » ou « *sans reconnaissance préjudiciable* ».

Le Dr A. a introduit une requête d'appel contre la décision du Comité du Service d'évaluation et de contrôle médicaux le 2 février 2007.

¹ Tant la période sous enquête que la valeur des prestations indûment perçues dont l'INAMI a demandé la récupération à l'appelant sont erronées dans sa requête d'appel. Ainsi, l'appelant évoque-t-il une somme de 31.105,40 EUR relative aux prestations effectuées entre le 10 juillet 2000 et le 30 décembre 2002 (voir p. 5, 4 et pp. 7 et 8, D., 1 de la requête d'appel) alors que la décision du Comité du Service d'évaluation et de contrôle médicaux ne portait en réalité que sur un montant de 23.243,58 EUR relatif à des prestations effectuées entre le 11 octobre 2001 et le 28 février 2003.

III. EN DROIT

A. QUANT AU CARACTERE INCONSTITUTIONNEL DE LA PROCEDURE ADMINISTRATIVE

L'appelant invoque le caractère inconstitutionnel de la procédure administrative et, par delà, celle, avant tout, de la base de cette procédure, à savoir la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 (ci-après nommée loi du 14 juillet 1994).

Il convient de rappeler qu'il n'est pas de la compétence de la Chambre de recours de connaître de la constitutionnalité d'un texte législatif (cf. article 139, 141 de la loi relative à l'assurance soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994). C'est à la Cour constitutionnelle qu'il appartient de se prononcer sur de tels arguments, par le biais de la réponse à une question préjudicielle conformément aux modalités de procédure édictées à l'article 27 de la loi spéciale sur la Cour constitutionnelle du 6 janvier 1989.

Celui-ci est formulé comme suit :

« La décision de renvoi indique la dispositions de la loi (...) qui font l'objet de la question ».

Or, l'appelant invoque l'inconstitutionnalité de la loi du 14 juillet 1994 sans toutefois spécifier la base légale de cette déclaration. La concluante s'étonne de l'obscurité d'un moyen qui confond les principes pourtant fort distincts de bonne administration, de respect du droit de la défense, de neutralité et d'indépendance, principes qui appartiennent en outre à des branches distinctes du droit.

La concluante rappelle en outre que la Cour constitutionnelle a déjà eu l'occasion de se prononcer sur la conformité aux articles 10 et 11 de la Constitution, des dispositions appliquées dans le présent litige, à savoir les articles 141 et 174, 10°, de la loi du 14 juillet 1994. Il y a donc lieu d'appliquer l'article 26, § 2, al. 3, 1°, selon lequel la juridiction devant laquelle la question préjudicielle est demandée, n'est pas tenue d'y donner suite lorsque la Cour a déjà statué sur une question ayant un objet identique (Cour constitutionnelle 30 octobre 2001, et Cour constitutionnelle 22 juillet 2004).

La demande de poser une question préjudicielle est donc irrecevable.

A supposer que le Comité du Service d'évaluation et de contrôle médicaux ne soit pas une juridiction administrative, comme le soutient l'appelant, il n'en reste pas moins que la chambre de recours en est bien une et que le en double degré de juridiction ne constitue pas un principe général de droit ; dès lors, la procédure ne viole pas la constitution.

B. QUANT AU DELAI RAISONNABLE

1. IRRECEVABILITE *IN CASU* DE LA PRETENDUE VIOLATION DU PRINCIPE DE DELAI RAISONNABLE

L'appelant invoque le dépassement du délai raisonnable imposé par l'article 6.1. de la Convention Européenne des Droits de l'homme. Evoquant comme point de départ du délai à considérer la date 19 avril 2002, le moyen est obscur.

2. RAPPEL DU PRINCIPE DE DELAI DERAISONNABLE

L'article 174, al. 3, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 prévoit que :

« pour les faits soumis au Comité du Service d'évaluation et de contrôle médicaux et à la Chambre de recours visée à l'article 155, §6, la prescription prévue au cours et à partir de la date où intervient une décision définitive du Comité ou de la Chambre de recours ».

Sauf à méconnaître la loi, quod non, la récupération de l'indu, visée à l'article 174 précité ne peut être vinculée au motif de la prétendue violation du délai raisonnable.

Les principes généraux de droit ne peuvent être appliqués par le juge si ils sont inconciliables avec la volonté du législateur . Les principes généraux de droit peuvent s'appliquer outre, mais par contre la loi (voir notamment , *Cour de cassation, Rapport annuel, 2002-2003, spéc., pp. 143 et 144 – pièce 5.1 ; BOSSUYT, A., « Les principes généraux de droit dans la jurisprudence de la Cour de cassation »*, J.T., 2005, p. 736, n° 58).

Par ailleurs, si le dépassement du délai raisonnable peut avoir, le cas échéant, une incidence sur une condamnation « pénale » ou assimilée, il en va tout autrement d'*'une mesure de nature civile édictée dans l'intérêt général »* telle la récupération de l'indu en notre matière. Exemple, ne constitue pas , en effet, une peine, la condamnation au paiement de l'indemnité forfaitaire visée à l'article 11 bis de l'arrêté royal n° 5 du 23 octobre 1978 poursuivant l'objectif d'une indemnisation des suites dommageables des faits établis (Cass., 6 novembre 2002). L'ONSS, service public, voit en effet son financement compromis en cas de non-paiement des cotisations de sécurité sociale. « Ni l'article 6 de la CEDH, ni l'article 21ter du titre préliminaire du Code d'instruction criminelle, ni aucune autre disposition légale n'autorisent le juge qui constate le dépassement du délai raisonnable à sanctionner en réduisant l'étendue de la condamnation civile du prévenu. » (Cass., 2 novembre 2005, rôle P 050780F).

Le droit de toute personne à ce que sa cause soit entendue dans un délai raisonnable est reconnu par l'article 6, 1°, de la Convention européenne des Droits de l'homme.

Il s'agit également, en droit belge, d'un principe de bonne administration. Le « délai

raisonnable » doit être apprécié au cas par cas au regard des éléments de la cause, qui ne se réduisent pas, comme le présente la partie adverse, à l'unique critère de la complexité de la cause.

A TITRE SUBSIDIAIRE :

3. POINT DE DEPART DE L'APPRECIATION DU DELAI RAISONNABLE

L'appelant prend pour point de départ du délai son audition en avril 2002. Il en déduit le caractère déraisonnable du délai écoulé entre cette date et la décision finale.

Le point de départ est erroné. En effet, dans son arrêt du 20 mars 2000, la Cour de cassation indique que le délai raisonnable ne prend cours qu'au moment où l'intéressé est « accusé » de faits punissables, c'est-à-dire lorsqu'il est inculqué pour avoir commis de tels faits ou lorsqu'il vit sous la menace de poursuites judiciaires en raison de tout autre acte d'enquête ou d'information, et qu'il en résulte des conséquences importantes pour sa situation personnelle, notamment parce qu'il s'est vu obligé de prendre certaines mesures afin de se défendre contre des accusations portées contre lui (Cass., 20 mars 2000, pas. 2000, I, p. 191).

Dans ce même arrêt, la Cour a jugé que :

« Les procès-verbaux des inspecteurs sociaux dont il est question à l'article 9 de la loi du 16 novembre 1972 concernant l'inspection du travail, ont uniquement pour but de constater les infractions aux dispositions pénales citées par cette loi en vue de leur sanction ; un tel procès-verbal ne constitue pas une « accusation » au sens de l'article 6.1. de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales dès lors qu'il n'entraîne pas l'inculpation de l'intéressé et ne l'oblige pas davantage à prendre des mesures pour se défendre ».

Cette décision peut être uniquement transposée aux procès-verbaux des médecins-inspecteurs de l'INAMI puisque l'article 169 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 précise que :

« ces fonctionnaires (médecins-inspecteurs, pharmaciens-inspecteurs, etc.) exercent cette surveillance conformément aux dispositions de la loi du 16 novembre 1972 concernant l'inspection du travail ».

Cette approche de la Cour de cassation fait bien la distinction entre, d'une part, la phase préliminaire d'instruction du dossier (non couverte par le délai raisonnable) et, d'autre part, la phase de procédure proprement dite (couverte par le délai raisonnable), celle-ci commençant seulement à courir au moment où l'intéressé est accusé.

Par conséquent, le délai commence à courir, non pas le premier jour de l'instruction, mais au moment où l'intéressé est inculqué et/ou est tenu de prendre des mesures pour assurer la défense de ses intérêts. En l'espèce, il y a lieu de considérer que le délai raisonnable commence à courir lorsque l'appelant reçoit le courrier recommandé du Service d'évaluation et de contrôle médicaux, du 28 mars 2006,

constituant une réelle accusation et l'invitant à prendre des mesures pour assurer sa défense.

Il ne s'est donc écoulé qu'un délai de quelques mois entre le début de la phase de procédure et la décision du 13 octobre 2006. Un tel délai ne peut être qualifié de déraisonnable au vu des circonstances, de la complexité de la cause, de l'attitude de l'appelant et de l'enjeu du dossier (voy. Infra).

4. CRITERES D'APPRECIATION DU CARACTERE RAISONNABLE D'UN DELAI

Tant la jurisprudence que la doctrine ont dégagé différents critères d'appréciation du caractère raisonnable ou non d'un délai. Ils sont au nombre de quatre : (1) les circonstances de la cause et la complexité de l'affaire, (2) l'importance de l'enjeu, (3) le comportement de l'appelant (SCHUTZ, S., « Le délai raisonnable : Notion, origine, étendue, sanction et illustrations », Etudes – BI 2003/1, p. 9 ; KOHL, A., « le délai raisonnable », Synthèse de la jurisprudence belge », Rev. trim. D.H. 1990, 3 pièce 5.4. ; ERGEC, R., VELU, J. , « la notion de délai raisonnable » dans les art. 5 et 6 de la Convention européenne des Droits de l'homme. Essai de synthèse », Rev., trim. D.H. 1990, 156), (4) ainsi que le préjudice subi.

Il faut souligner deux éléments : le comportement de l'appelant auquel le délai est pour partie imputable, tout d'abord, son préjudice ensuite. Rappelons que la Cour européenne des Droits de l'homme, dans l'arrêt OZDEN (CEDH, arrêt Ozden c. Turquie, 24 mai 2005), a soulevé dans son appréciation du caractère raisonnable de la durée des poursuites exercées à l'encontre du prévenu, son désintérêt à l'endroit de la procédure ainsi que l'absence de démonstration de l'existence d'un dommage dans son chef du fait de l'écoulement du temps. La Cour a encore accueilli, dans l'arrêt WOJDA, l'argument du gouvernement selon lequel le prévenu n'avait pas subi de préjudice personnel du fait de la durée de la procédure (CEDH, arrêt Wojda, c. Pologne, 8 novembre 2005, § 12).

Appréciation du comportement de l'appelant.

Selon LAMBERT, « *le comportement du requérant (...) entraîne le rejet de sa requête lorsque la durée de la procédure lui est imputable (...)* » (LAMBERT, P., « Les notions de délai raisonnable dans la jurisprudence de la Cour européenne des Droits de l'homme », Rev. Trim. D.H., 1991, 14).

Dans le cas d'espèce, force est de constater que le délai de la procédure en première instance est en partie imputable à l'appelant.

L'appelant, aujourd'hui indigné devant un délai de procédure qu'il estime déraisonnablement long, n'a pas hésité à rester inactif pendant près de trois ans... et ce, sans aucune justification.

L'appelant a en effet porté à la connaissance de l'INAMI son intention de rembourser le montant des prestations indûment perçues le 13 octobre 2003, sollicitant l'autorisation d'effectuer ce remboursement par mensualités sur une période de deux ou trois ans. La direction juridique du personnel du Centre hospitalier ... a porté, dans le courrier adressé à l'appelant du 9 décembre 2003, son accord quant à supporter le remboursement de 32 % du montant total réclamé, soit 9.954 EUR correspondant à la quote-part de l'hôpital pour ce type de prestations.

L'appelant en a informé le Service d'évaluation et de contrôle médicaux le 9 décembre 2003 ainsi que par sa déclaration volontaire du 17 décembre 2003. Ces déclarations sont toutefois pendant longtemps restées lettres mortes. Un remboursement ne fut opéré que le 1^{er} février 2007. L'appelant n'a, à aucun moment, cherché à accélérer la procédure ou à la réactiver. Aucune lettre sollicitant des renseignements relatifs à l'état d'avancement de la procédure ainsi qu'à sa fixation ne fut adressée au Comité du service d'évaluation et de contrôle médicaux avant que ce dernier ne notifie le 28 mars 2006, la clôture de l'enquête à l'appelant en l'invitant à présenter ses justifications. Ce n'est que le 12 avril que l'appelant s'est à nouveau intéressé à la cause.

Il y a lieu de souligner en outre que l'appelant a sollicité la remise de l'audience fixée pour le mois de juillet 2006 au mois de septembre. Elle eut finalement lieu le 20 septembre 2006.

Si l'appelant s'est opposé dans sa requête de recours à ce que cet argument soit porté en sa défaveur, elle n'y a apporté par contre aucune explication.

Le délai d'inactivité de plus de trois ans, en rien justifié, de l'appelant doit être interprété comme un désintérêt manifeste de sa part pour la procédure en cours. Il n'est nullement question par conséquent de violation du délai raisonnable.

Il convient d'ajouter que, suite à l'adoption de l'A.R. du 18 mai 2004 (entré en vigueur le 18 juin 2004), l'article 310septies, § 2, de l'A.R. du 3 juillet 1996 permettait à l'appelant d'obtenir, sur demande de sa part, une fixation des délais pour conclure et la fixation d'une audience de plaidoiries. L'appelant n'a pas jugé utile d'engager cette procédure.

Quant à l'importance de l'enjeu de l'affaire et au préjudice subi.

Le caractère raisonnable du délai s'apprécie également au regard de l'importance de l'enjeu de l'affaire pour le requérant.

Ce critère peut être traduit dans les termes suivants : « *plus l'enjeu est important pour le justiciable, plus stricte sera l'appréciation du caractère raisonnable des délais* » (ERGEC, R., VELU, J., « La notion de « délai raisonnable » dans les art. 5 et 6 de la Convention européenne des Droits de l'homme. Essai de synthèse », Rev. Trim. D.H. 1990, 157) (pièce 5.5). Il ressort ainsi de la doctrine et de la jurisprudence que la durée de la procédure devra être appréciée de manière plus stricte lorsque la contestation porte sur la « dignité de la vie » du requérant (LAMBERT, P., « Les notions de délai raisonnable dans la jurisprudence de la Cour européenne des Droits de l'homme », Rev. Trim. D.H. 1991, 15) ou lorsque, par exemple, le justiciable est en détention préventive (CEDH, arrêt Djaid c. France du 29 septembre 1999 (pièce 4.7) ; LAMBERT, P., « les notions de délai raisonnable dans la jurisprudence de la Cour européenne des Droits de l'homme », Rev. Trim. D.H. 1991, 15 – pièce 5.6). Ce critère est particulièrement pris en compte lorsque l'enjeu touche à l'être moral et psychique du justiciable (ERGEC, R., VELU, J., « La notion de « délai raisonnable » dans les art. 5 et 6 de la Convention européenne des Droits de l'homme. Essai de synthèse », Rev. Trim. D.H. 1990, 156- Cour européenne des Droits de l'homme. Essai de synthèse », Rev. Trim. D.H. 1990, 156).

Dans le cas d'espèce, l'enjeu porte uniquement sur le remboursement de sommes d'argent indûment perçues. Cet enjeu ne touche donc pas de prime abord à la dignité de la vie, ni à l'être moral et psychique de l'appelant. Il en est d'autant moins

que le remboursement de l'indu sera partiellement opéré par l'hôpital dans lequel il travaille.

Le point de vue selon lequel l'enjeu portant sur le remboursement de sommes d'argent extrêmement élevées pourrait être considéré comme touchant à la dignité de la vie, à l'être moral et psychique, est certes défendable.

Toutefois, quand bien même le délai serait qualifié de déraisonnable au regard de l'importance de l'enjeu de l'affaire, encore faudrait-il que l'appelant puisse invoquer un préjudice subi suite à la violation du délai raisonnable (J. JAUMOTTE, « les principes généraux du droit administratif à travers la jurisprudence administrative », in *Le Conseil d'Etat de Belgique, Cinquante ans après sa création (1946-1996)*, Buylant, Bruxelles, 1999, p. 670, n° 34.3).

Or, l'appelant n'explique pas en quoi la prétendue violation du délai raisonnable aurait eu à son égard des effets défavorables ou lui aurait fait grief. Il a en effet été en mesure de poursuivre l'exercice de sa profession. Nulle déperdition de preuves ne fut en outre démontrée. Les faits ne sont d'ailleurs pas contestés.

Il résulte de tout ce qui précède que le principe du délai raisonnable n'a nullement été violé. Il n'y a par conséquent pas lieu de diminuer, encore moins de supprimer, la sanction infligée à la partie appelante.

C. QUANT AU DELAI DE PRESCRIPTION

L'appelant invoque, sur base de l'article 174 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, la prescription de l'action introduite par l'INAMI en récupération des prestations indûment perçues.

L'appelant se méprend quant à la période visée par la décision du Comité du Service d'évaluation et de contrôle médicaux du 13 octobre 2006, qui ne se situe aucunement entre le 10 juillet 2000 et le 30 décembre 2002 (requête d'appel, p. 7 et 8, D.,1) mais entre le 11 octobre 2001 et le 28 février 2003 !

Selon l'article 174,

« §1, 6° : L'action en récupération de la valeur des prestations indûment octroyées à charge de l'assurance soins de santé se prescrit par deux ans, à compter de la fin du mois au cours duquel ces prestations ont été remboursées ;

§1, 10° : Pour l'application de l'article 141, §§2, 3 et 5, les constatations doivent, à peine de nullité, intervenir dans les deux ans à compter du jour où les documents relatifs aux faits litigieux sont reçus par les organismes assureurs.

§1, al. 3 : Pour les faits soumis au Comité du Service d'évaluation et de contrôle médicaux et à la Chambre de recours visée à l'article 155, § 6, la prescription prévue au 6° court à partir de la date où intervient une décision définitive du Comité ou de la Chambre de recours ».

A la lecture combinée de ces dispositions, une distinction doit donc être opérée entre :

- La *nullité* dont est frappé, conformément l'article 174, alinéa 1, 10°, tout constat intervenant au-delà d'un délai de deux ans à compter du jour où les documents relatifs aux faits litigieux sont reçus par les organismes assureurs ;
- La *prescription*, conformément à l'article 174, alinéa 1, 6° et l'article 174, alinéa 3, éteignant le droit à la récupération des prestations indûment portées en compte de l'assurance soins de santé plus de deux ans après la date où intervient une décision définitive du Comité du service ou de la Chambre de recours.

Les faits mis à charge de l'appelant se situent dans la période du 11 octobre 2001 au 28 février 2003. Le procès-verbal de constatation date, quant à lui, du 17 septembre 2003. Ce procès-verbal n'est par conséquent pas frappé de nullité en ce qui concerne toute prestation effectuée à partir du 17 septembre 2001. Or, tel est le cas pour chacune d'entre elles.

Quant au délai de prescription à l'égard de l'action en répétition des prestations indûment perçues par l'appelant, il ne commencera à courir qu'à la date où interviendra une décision définitive du Comité ou de la Chambre de recours.

D. QUANT AU CARACTERE ARBITRAIRE DES PROCES-VERBAUX DE CONSTAT

1. Quant au caractère arbitraire des procès-verbaux de constat.

Selon l'article 2 de l'arrêté royal du 21 avril 1983 fixant les modalités de l'agrégation des médecins spécialistes et des médecins généralistes,

« Seuls sont considérés comme médecins spécialistes et comme médecins généralistes agréés, pour l'application de la législation et de la réglementation sur l'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité, les médecins agréés à ce titre conformément au présent arrêté ».

Certes, la spécialité de chirurgie maxillo-faciale n'existait-elle pas en 1970, moment où l'appelant a obtenu son diplôme. Cependant, celui-ci n'a introduit aucune démarche demandant que soit reconnue cette spécialité dans son chef, une fois que celle-ci a vu le jour.

2. Quant à la connexité des prestations dont question.

Si l'appelant reconnaît l'absence dans son chef de la spécialité reconnue en stomatologie, discipline à laquelle sont réservées les prestations en litige, il fonde néanmoins avoir porté de telles prestations auprès de patients adressés à eux par des dentistes et des orthodontistes, le plus souvent dans le cadre d'un traitement orthodontique, sur la notion de connexité.

Il s'agit d'une conception incomplète, par conséquent inexacte, de la notion de connexité. La prestation effectuée doit, pour être prise en charge par l'assurance, être connexe non seulement à la spécialité, mais également à une prestation portée par le médecin à un patient soigné dans le cadre de sa spécialité.

Un examen de la portée de la notion de connexité apparaît indispensable.

L'article 10 § 4 de la nomenclature stipule que :

*« les actes **connexes** à la pratique d'une spécialité déterminée sont également honorés lorsqu'ils sont effectués par un médecin agréé au titre de spécialiste en cette spécialité dans le respect des conditions requises de présence physique ainsi que dans les limites éventuellement mises au niveau des différentes spécialités concernées ». (A.R. 5.3.1992 en vigueur 1.1.1992).*

L'article 15, § 1^{er}, de la nomenclature précise en outre que :

« Sont en tout cas considérées comme connexes à l'une des spécialités énumérées à l'article 14, sous a) à m), les prestations relevant des autres spécialités énumérées au même article ».

Or, comme le souligne l'appelant, les spécialités de chirurgie plastique ainsi que de stomatologie sont toutes deux visées par l'article 14 aux points c) et i). L'appelant en déduit la connexité et, par delà, le bien-fondé de l'attestation des prestations effectuées.

Force est d'observer que l'appelant ignore la nomenclature et les règles interprétatives destinées à préciser la portée exacte de ses termes.

En effet, outre ses articles 10 et 15, la nomenclature consacre un article supplémentaire à la définition de la notion de connexité :

« Article 32, § 3 NPS :

Les médecins agréés au titre de spécialiste dans une discipline autre que l'anatomie pathologique sont autorisés, pour les malades qu'ils soignent dans le cadre de leur spécialité, à porter en compte les prestations connexes à cette spécialité, à condition qu'ils exécutent personnellement les examens microscopiques sans les déléguer à des auxiliaires paramédicaux et à condition qu'ils satisfassent de la même manière aux critères de qualité tels qu'élaborés par les unions professionnelles et sociétés scientifiques d'anatomie pathologique ».

Les termes de cette disposition sont clairs : les médecins sont autorisés à porter en compte les prestations relevant d'une spécialité connexe « pour les malades qu'ils soignent dans le cadre de leur spécialité ».

Il convient par ailleurs de se référer à la règle n° 9 relative à l'article 10, § 4, NPS :

QUESTION

Dans un service de gynécologie comptant plusieurs gynécologues, tous les examens anatomopathologiques sont effectués par un de ces médecins, non reconnus en anatomie pathologique : s'agit-il dans ce cas d'actes connexes, remboursés par l'assurance ?

REPONSE

La notion de « connexité » telle qu'elle est définie à l'article 32, § 3, de la nomenclature des prestations de santé, a trait uniquement au malade qui est soigné par le médecin lui-même dans le cadre de sa propre spécialité.

Date du Moniteur : 13/03/2002

Date de prise d'effet : 13/03/2002

Articles : 10-§4 ; 32-§3.

Vient ensuite le CINOM n°02/M/817 (21/02/02) relatif aux prestations 312152/312163, mentionné dans la décision du 13 octobre 2006 et développé dans les termes suivants :

QUESTION

Désinclusion ou extraction d'une dent incluse ... connexe à la chirurgie plastique (-210 ?)

REPONSE

Un médecin spécialiste en chirurgie plastique peut attester 312152-312163 à titre connexe pour ses propres patients qu'il a en traitement dans le cadre de sa spécialité ?

Rappel des dispositions de l'article 15, § 1, de la nomenclature : (...)

Les prestations connexes doivent permettre au médecin spécialiste de procéder lui-même aux examens et contribuent au diagnostic d'une affection relevant de sa discipline et de parfaire par des thérapeutiques complémentaires ou accessoires qu'il applique, les traitements relevant spécifiquement de sa spécialité.

Elles constituent généralement l'accessoire par rapport aux examens et aux traitements de base.

Cette extension de compétence pour des prestations relevant d'une autre discipline ne se conçoit que dans la mesure où elles concernent le diagnostic ou le traitement d'affections qui relèvent normalement du cadre de la spécialité dans laquelle le médecin est qualifié, à l'exclusion de celles pratiquées chez des patients qu'il n'aurait pas lui-même en traitement et qui lui seraient adressés par des confrères uniquement pour les effectuer, car dans ce cas, il pratiquerait une spécialité dans laquelle il n'est pas reconnu ».

Contrairement à la thèse défendue par l'appelant en vertu de laquelle le Comité aurait, par le biais de cette dernière règle, excédé ses compétences, allant au-delà de l'interprétation de la nomenclature pour la modifier, cette règle, comme la règle n° 9 ne constituent ni des modifications de la nomenclature, ni même des interprétations imprévisibles en ce qu'elles se limitent à reprendre les termes de l'article 32, § 3, NPS.

Il y a lieu d'insister une nouvelle fois sur la reconnaissance dans le chef de l'appelant de la qualité de chirurgien plasticien ne permet pas de porter en compte les

prestations 312152-312163 de l'article 14 l) de la nomenclature pour des patients qui lui ont été adressés et qu'il n'avait pas personnellement en traitement. Il ne fait aucun doute que la nomenclature est d'ordre public et d'interprétation stricte².

En outre, le Conseil d'Etat a déjà jugé « *que savoir si la disposition visée au moyen doit être adaptée en vue de tenir compte des particularités de travail des médecins urgentistes relève de l'opportunité et échappe, dès lors, à la compétence du juge administratif ; que (...) il n'appartient pas aux prestataires de soins, sous couvert d'interprétation téléologique, de modifier la nomenclature, de telles modifications ne pouvant être apportées que par les autorités compétentes et selon les procédures prévues par les dispositions législatives et réglementaires ayant pareil objet* » (C.E. Reynaert / INAMI, n° 130.202 du 9 avril 2002).

Il est enfin surprenant que l'appelant se plaigne aujourd'hui d'un revirement d'interprétation et d'attitude prétendument récent, soudain et imprévisible de la part du Service d'évaluation et de contrôle médicaux alors que début 1987, l'OA 130 avait déjà contesté les codes 312152 et 312163 portés en compte par lui et procédé à une récupération de l'indu. L'appelant avait alors remboursé ces prestations.

PAR CES MOTIFS,

La Chambre de recours instituée auprès du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI,

Composée de Monsieur Philippe LAURENT, président, et des docteurs Isabelle HANOTIAU et Axel LEVECQ, représentants des organismes assureurs, et des docteurs Annie BOISDENGHIEN et Philippe VANDERMEEREN, représentants du corps médical, assistés de Monsieur Stéphane VERBOOMEN, greffier,

Après en avoir délibéré et statuant contradictoirement, les docteurs Isabelle HANOTIAU, Axel LEVECQ, Annie BOISDENGHIEN et Philippe VANDERMEEREN ayant rendu leur avis sans prendre part à la décision,

Dit le recours recevable et non fondé.

Confirme la décision *a quo* en ce qu'elle constate que le grief est établi et en ce qu'elle condamne l'appelant à rembourser la valeur des prestations indûment versées par l'assurance soins de santé, soit 23.243,58 EUR.

Ainsi prononcé en langue française et en audience publique de la Chambre de recours le 26 janvier 2012, à Bruxelles par Monsieur Philippe LAURENT, président, assisté de Madame Isabelle WARNOTTE, greffier.

Isabelle WARNOTTE

Philippe LAURENT

Greffier

Président

² Voir entre autres Cass. 28 décembre 1988, J.T.T. 1989, p. 23 ; Cass. 24 avril 1989, Pas. 1989, I, 8, etc.