

DECISION DE LA CHAMBRE DE PREMIERE INSTANCE DU 02 AVRIL 2026
Numéro de rôle FA-009-24

EN CAUSE DE **SERVICE D'EVALUATION ET DE CONTRÔLE MEDICAUX**,
institué au sein de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité,
établi à 1210 Bruxelles, avenue Galilée 5/01,
N° BCE : 0206.653.946 ;

Représenté par le Docteur D., médecin - inspecteur, et par Madame
E., juriste.

CONTRE : **Hôpital A..**

Numéro INAMI ...,
représenté par l' a.s.b.l. B., avec numéro d'entreprise ...,
dont le siège social est situé à ... (ci-après « A. »),

Représenté par Monsieur C., assisté par Maître F. dont les bureaux
sont situés ..., en présence du Professeur G.

FA-009-24

I. PROCEDURE

La Chambre de première instance a pris en compte dans son délibéré les pièces inventoriées du dossier de la procédure, et notamment :

- la requête du Service d'évaluation et de contrôle médicaux (ci-après le SECM), reçue au greffe de la Chambre de Première Instance le 7 juin 2024 et notifiée à l'Hôpital A. et représenté par l'ASBL B. le 11 juin 2024 ;
- la note de synthèse et le dossier du SECM ;
- les conclusions et conclusions en réponse de la partie défenderesse ainsi que le dossier de pièces ;
- les conclusions en réplique du SECM ;
- les différentes convocations en vue de l'audience du 12 février 2026.

Les parties ont comparu à l'audience du 12 février 2026, audience à laquelle les débats ont été clos et le dossier pris en délibéré.

Il a été fait application de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 (ci-après loi ASSI) et de l'arrêté royal du 9 mai 2008 fixant les règles de fonctionnement et le règlement de procédure des chambres de première instance et de recours.

II. OBJET DE LA DEMANDE

En termes de requête, le SECM demande à la Chambre de première instance de :

- Déclarer établi le grief formulé pour tous les cas cités dans la note de synthèse,
- Condamner l'Hôpital A. (A.S.B.L. B.) au remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé, soit la somme de 77.084,30 euros (article 142, §1er, 2°, de la loi SSI),
- Condamner l'Hôpital A. (A.S.B.L. B.) au paiement d'une amende administrative s'élevant à 25% du montant de la valeur des prestations indues, soit la somme de 19.271,08 euros (article 142, §1er, 2° de la loi SSI),
- Dire qu'à défaut de paiement des sommes dues par l'Hôpital A. (A.S.B.L. B.) dans les 30 jours de la notification de la décision de la Chambre de première instance, des intérêts au taux légal en matière sociale, tel que prévu à l'article 156, §1er de la loi SSI, seront dus, de plein droit, à compter de l'expiration du délai précité.

En termes de conclusion, le SECM demande à la Chambre de Première Instance de

- Constater que la somme de 2.773,44 euros a déjà été remboursée.

LA DEMANDE DE L'HOPITAL A.

En termes de conclusions de synthèse, l'HOPITAL A. demande à la Chambre de Première Instance de

- à titre principal (premier et deuxième moyens) :
 - de déclarer le grief et les demandes formulés par le SECM irrecevables ;
 - de déclarer le grief et les demandes formulés par le SECM pour le moins non fondés et dire pour droit que les prestations reprises dans le PVC du 24 avril 2023 ont bien été attestées à l'assurance obligatoire des soins de santé et indemnités en conformité avec les dispositions légales ;
- et
- en tout état de cause, de n'imposer aucun remboursement ni amende administrative à l'Hôpital A. ;
- à titre subsidiaire (troisième moyen), au cas où la Chambre de première instance estimerait que le grief et les demandes formulés par le SECM sont bien (en partie ou dans leur totalité) fondés -quod certes non- et au cas la Chambre de première instance estimerait également qu'une amende administrative devrait être infligée, de:
 - dire pour droit qu'une amende administrative minimale de 5% est suffisante ;
- et
- accorder également le bénéfice du sursis pour la totalité ou à tout le moins pour une partie de l'amende.

III. SYNTHESE DES FAITS

III.1.L'infraction reprochée

Il est reproché, en substance, à l'Hôpital A. :

Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer des documents réglementaires permettant le remboursement des prestations de santé lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (ASSI) coordonnée le 14 juillet 1994, dans ses arrêtés et règlements d'exécution, dans les conventions et accords conclus en vertu de ladite loi et/ou lorsque des prestations visées à l'article 34 ont été prescrites durant une période d'interdiction temporaire ou définitive d'exercice de la profession

L'infraction visée à l'art. 73bis 2° de la loi SSI concerne le non-respect du code de nomenclature 261553-261564 (Résection endoscopique de la prostate, y compris cystoscopie) lors de la réalisation d'une procédure REZUM dans laquelle aucune résection n'a lieu mais bien une injection de la vapeur dans la prostate.

III.2.Base juridique et/ou réglementaire du grief

A. Annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 fixant la nomenclature des prestations médicales en nature relatives à l'assurance obligatoire des soins et prestations médicales :

[...]

CHAPITRE V - PRESTATIONS TECHNIQUES MEDICALES SPECIALES

Section 3- Anesthésiologie

Art. 12. § 1er. Honoraires pour les médecins spécialistes en anesthésiologie

a) Anesthésie pratiquée au cours d'une prestation :

[...]

200196-200200 Classée dans une catégorie égale ou inférieure à K 240 ou N 400 ou I 450 et supérieure à K 180 ou N 300 ou I 350. K 105

"§ 1bis. Les prestations d'anesthésie mentionnées dans les rubriques a), b) et c) qui sont pratiquées au cours de prestations chirurgicales ou d'obstétrique visées aux articles 9, c), 11, § 1er, et 14, ou au cours de prestations interventionnelles percutanées sous contrôle d'imagerie médicale visées à l'article 34, d'une valeur relative égale ou supérieure à K 120, N 200 ou I 200, et les prestations d'anesthésie mentionnées dans la rubrique e) d'une valeur égale ou supérieure à K 120, donnent lieu, pour le médecin accrédité spécialiste en anesthésie - réanimation au supplément d'honoraires de l'accréditation Q 105, attestable au maximum une fois par séance "

Ce supplément d'honoraires est prévu sous le n° 202915 - 202926. Ce supplément d'honoraires n'est accordé au maximum qu'une fois par séance opératoire.

Section 5 -Chirurgie

Art. 14. Sont considérées comme prestations qui requièrent la qualification de médecin spécialiste dans une des spécialités relevant de la pathologie externe :

Art. 14 (j) : les prestations relevant de la spécialité en urologie (DO) : [...]

261553 261564 Résection endoscopique de la prostate, y compris la cystoscopie **K 225**

[...]

Art. 15 Règles d'application relatives aux prestations de chirurgie

[...]

§ 14. Les prestations chirurgicales d'une valeur relative égale ou supérieure à K 120 ou N 200, effectuées dans les conditions prévues à l'article 14 et au présent article et portées en compte par un médecin spécialiste accrédité, donnent lieu à un supplément d'honoraires de Q 70.

Ce supplément d'honoraires est prévu sous le n° 318916 - 318920.

Ce supplément d'honoraires n'est accordé au maximum qu'une fois par séance opératoire.

Art. 16 Assistance et aide opératoire: règles d'application

[...]

§ 5. Pour l'aide opératoire au cours des prestations chirurgicales dont la valeur relative est égale ou supérieure à K 120 ou N 200, les honoraires sont forfaitairement fixés à 10 p.c. de la valeur relative de la prestation effectuée, quelle que soit la qualification du médecin qui aide à l'intervention.

[...]

B. Règles interprétatives - Article 14j Règle interprétative 17

QUESTION

Quelle prestation peut être attestée pour l'intervention transurétrale où le tissu prostatique est enlevé à l'aide d'un laser (technique HoLEP, énucléation au laser) ou de la technique VPP (vaporisation photosélective de la prostate) ?

REPONSE

Dans les deux cas, la prestation 261553-261564 Résection endoscopique de la prostate, en ce compris la cystoscopie K 225 peut être attestée.

Date du moniteur : 22/02/2017

Date de prise d'effet : 01/04/1985

C. Arrêté ministériel du 9 juillet 2021 modifiant le chapitre « D. Urologie et néphrologie » de la liste jointe comme annexe 1re à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs

[...]

Pseudo-nomenclature - Prestations de médecins et paramédicaux - Dispositifs médicaux - Implants - La Liste

[...]

D. Urologie et néphrologie

[...]

D.4. Prostate

[...]

181764 :

Ensemble des dispositifs médicaux utilisés lors du traitement d'une hyperplasie bénigne de la prostate, par thermothérapie à la vapeur d'eau générée par radiofréquence (hospitalisation).

Valable à partir du 01/09/2021

Conditions de remboursement : GNL-01, D-§09

Détails :

Catégorie II.D a

Base de remboursement 346,68 €

Remboursement : 346,68 €

Marge de sécurité % : /

Intervention personnelle : 0,00 €

[...]

D. Arrêté royal du 2 décembre 2018 portant exécution de la loi du 19 juillet 2018 relative au financement groupé des soins hospitaliers à basse variabilité

[...]

Pseudo-nomenclature - Etablissements et services de soins - Honoraires forfaitaires - Soins à basse variabilité :

[...]

798884 (groupe 044, APR-DRG 482)

Montant global prospectif par admission, dans le contexte d'un séjour soins à basse variabilité: groupe de patients ayant bénéficié d'une résection endoscopique de la prostate, en hospitalisation classique, de sévérité 1 ou 2.

Doit être associé au code de nomenclature 261553-261564.

III.3.Les faits reprochés à l'HOPITAL A.

Le grief concerne, pour la période du 15-09-2021 au 28-07-2022 inclus (date de prestation) et du 29-10-2021 au 26-09-2022 inclus (date de réception par les OA), des prestations non conformes qui ont été facturées à l'assurance obligatoire soins de santé et les indemnités, alors que les conditions de remboursement n'étaient pas réunies, pour un montant total indu de 77.084,30 euro.

L'infraction visée à l'article 73bis 2° de la loi SSI concerne la facturation non conforme du code de nomenclature 261553-261564 (résection endoscopique de la prostate, y compris cystoscopie) lors de la réalisation d'une procédure REZUM qui ne comporte pas de résection mais une injection de vapeur dans la prostate.

Le grief est fondé sur la facturation indue du numéro de nomenclature 261553-261564, tant par le chirurgien principal (code norme 0) que par l'assistant chirurgical (code norme 1).

La facturation injustifiée du numéro de nomenclature 261553-261564 entraine la facturation d'autres prestations également facturées :

(Pseudo) nomenclature	Description	Lettre clé et coefficient	Date d'entrée en vigueur
200196- 200200	Anesthésie pratiquée au cours d'une prestation : Classée dans une catégorie égale ou inférieure à K 240 ou N 400 ou I 450 et supérieure à K 180 ou N 300 ou I 350	K105	01.03.2002
155190-155201	Anse pour l'ablation endoscopique de tissu obstructif et de tumeurs du tractus urogénital, utilisée lors des prestations 260315-260326, 260470-260481, 261391-261402ou 261553-261564 de la nomenclature		

En outre, l'intervention chirurgicale peut également être facturée via le système de soins à variabilité réduite (SVR). Dans ce cas, le numéro de nomenclature de l'intervention est attesté à 0 euro, en combinaison avec un pseudocode qui donne lieu à un forfait couvrant toutes les prestations médicales pendant le séjour (le matériel utilisé n'est pas compris).

La facturation injustifiée du numéro de nomenclature 261553-261564 entraine la facturation d'autres prestations également facturées :

Code de la prestation	Description	Date d'entrée en vigueur
798884	Montant global prospectif par admission, dans le contexte d'un séjour soins à basse variabilité : groupe de patients ayant bénéficié d'une résection endoscopique de la prostate, en hospitalisation classique, de sévérité 1 ou 2. (doit être associé aux codes de nomenclature 261553-261564)	01/01/2019

Pour les traitements **REZUM** effectués, le code pour une cystoscopie 260271-260282 K40, qui fait partie de l'intervention, est retenu. L'aide opératoire n'est pas attestable pour une prestation K40.

Les honoraires supplémentaires pour le chirurgien accrédité 318916-318920 ne sont pas attestables pour une prestation K40.

Les codes d'anesthésie sont liés aux codes de prestations d'urologie. Le code 200196-200200 ainsi que les codes des suppléments d'honoraires 202915-202926 ne sont pas attestables dans ce cas-ci puisque la prestation retenue est une prestation K40.

Le code à utiliser est le 201110-201121 (Anesthésie générale, rachidienne, épidurale ou d'un plexus pratiquée au cours d'une prestation : Classée dans une catégorie égale ou inférieure à K 75 ou N 125 ou I 125 et supérieure à K 24 ou N 40 ou I 40) sans supplément d'honoraires 202915-202926.

Le pseudocode 798884 (soins à basse variabilité pour la résection endoscopique de la prostate) n'est pas attestable dans le cas du REZUM puisqu'il ne s'agit pas d'une résection.

Le pseudocode du matériel 181731-181764 ne peut être attesté qu'une seule fois par intervention. Il s'agit d'un code pour l'ensemble du matériel utilisé pendant la procédure.

IV. LA RECEVABILITE DE LA REQUETE

A titre liminaire, l'Hôpital A. invoque différents arguments touchant à la recevabilité de la demande du SECM.

IV.1. L'exceptio obscuri libelli en ce que la requête manque de clarté concernant la qualité dans laquelle l'Hôpital A. est visé dans le grief et la demande de remboursement. Il en conclut à l'irrecevabilité de la totalité du grief et des demandes de remboursement.

Selon le code judiciaire

« [Art. 702](#). A peine de nullité, l'exploit de citation contient, outre les mentions prévues à l'article 43 :

- 1° les nom, prénoms et domicile du demandeur et, le cas échéant, son numéro de registre national , numéro d'identification dans le registre bis ou numéro d'entreprise;
- 2° les nom, prénoms et domicile ou, à défaut de domicile résidence du cité;
- 3° l'objet et l'exposé sommaire des moyens de la demande;
- 4° l'indication du juge qui est saisi de celle-ci;
- 5° l'indication des lieu, jour et heure de l'audience

[Art. 703](#). § 1er. Les personnes morales agissent en justice à l'intervention de leurs organes compétents.

Leur identité est suffisamment relatée dans la citation et dans tout acte de procédure par l'indication de leur dénomination, de leur nature juridique et de leur siège social.

Toutefois, la partie contre laquelle est invoqué pareil acte de procédure est en droit d'exiger en tout état de cause que la personne morale lui indique l'identité des personnes physiques qui sont ses organes. Il pourra être sursis au jugement de la cause tant qu'il n'aura pas été satisfait à cette demande.

[¹ § 2. Si un groupement sans personnalité juridique est inscrit à la Banque-Carrefour des Entreprises, la mention de sa dénomination et de son siège figurant dans ses données à la Banque-Carrefour suffit pour justifier, dans les litiges concernant les droits et obligations communs des membres du groupement, de l'identité de ses associés conjoints.

Pas plus le règlement de procédure¹ que le code judiciaire ne prévoient l'obligation de mentionner la qualité en laquelle une partie est poursuivie (prestataire de soins ou prestataire de soins assimilé).

Le fait que cela empêcherait la partie défenderesse de se défendre adéquatement est contredit par le contenu de ses [très longues] conclusions.

L'article 2n) de la loi SSI dispose :

« [Art. 2](#). Dans la présente loi coordonnée, on entend :
[...]

n) par "dispensateur de soins", les praticiens de l'art de guérir, les kinésithérapeutes, les praticiens de l'art infirmier, les auxiliaires paramédicaux, les aides-soignants, **les établissements hospitaliers**, les établissements de rééducation fonctionnelle et de réadaptation professionnelle et les autres services et institutions. Sont assimilées aux dispensateurs de soins pour l'application des articles 53, § 1er, [§ 1/1 et § 1/2, **73bis**, **77sexies**, **142 et 144**, les personnes physiques ou morales qui les emploient, qui organisent la dispensation des soins ou la perception des sommes dues par l'assurance soins de santé; »

En l'espèce, la défenderesse est poursuivie en tant qu'établissement de soins, donc en tant que « dispensateur de soins » au sens de l'article 2n de la loi SSI.

Il est clairement indiqué que l'hôpital A., ci-après Hôpital A., Hôpital général dont le numéro I.N.A.M.I. est le ..., est représenté par l'A.S.B.L. B. dont le numéro BCE est ... L'hôpital général, en tant qu'établissement hospitalier, est désigné comme « prestataire de soin ». En effet, les prestations non conformes ont été fournies par des médecins de cet hôpital.

¹ 9 MAI 2008. - Arrêté royal fixant les règles de fonctionnement et le Règlement de procédure des Chambres de première instance et des Chambres de recours instituées auprès du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI

Tant le PVC² que la demande de thèse à laquelle est jointe la note de synthèse ³indiquent qu'est concerné l'hôpital A. en sa qualité de dispensateur de soins.

Cette exception ne peut être accueillie.

IV.2. L'Irrecevabilité, à tout le moins non-fondement du grief et des demandes du SECM.

Selon la partie défenderesse, l'Hôpital A. ne peut être tenu responsable ni en tant que dispensateur de soins de santé, ni en tant qu'assimilé pour les prestations d'urologie et d'anesthésie visées dans le grief. Il n'a tiré aucun bénéfice de la perception des prestations incriminées.

IV.2.1. Quelle est la qualité de l'hôpital A. dans la requête ?

Selon le SECM, l'hôpital A. est à la cause en sa qualité de dispensateur de soins.

L'hôpital A. estime que « il n'est manifestement pas un dispensateur de soins en ce qui concerne ces prestations, puisqu'il n'a pas effectué lui-même la résection endoscopique de la prostate, y compris la cystoscopie, ni l'anesthésie qui l'accompagne. Ces prestations n'ont pas non plus été attestées au nom et pour le compte de l'Hôpital A., mais bien au nom (numéro INAMI) et pour le compte des médecins-spécialistes en urologie et des médecins spécialistes en anesthésie faisant fonction.

Ce sont clairement ces médecins-spécialistes en urologie et médecins-spécialistes en anesthésie qui ont effectué (dispensé) les soins liés à la thérapie REZUM et qui ont eux-mêmes aussi décidé de pratiquer ces soins dans le cadre de leur liberté thérapeutique. Ce sont ces médecins-spécialistes en urologie et médecins-spécialistes en anesthésie qui devraient être qualifiés de "dispensateurs de soins" au sens de l'article 2, n) de la Loi ASSI pour ces prestations, et non l'Hôpital A. Pour ces prestations le SECM aurait donc au moins dû s'adresser aux médecins-spécialistes en urologie et aux médecins-spécialistes en anesthésie concernés en tant que dispensateurs de soins. »

Cet argument n'est pas pertinent.

Tableau de données anonymisées

Les prestations ont été effectuées par des urologues et des anesthésistes qui travaillent à l'hôpital A. Or, l'hôpital A. est un établissement hospitalier qui relève de la catégorie « dispensateur de soins » visée à l'article 2n) de la loi SSI.

Lors de son audition, le Dr H. déclare :

« Là c'est une injection de vapeur, on pique dans le tissu, on ne résèque pas Il n'y a jamais d'anapath

[...]

Nous attestons le code qui est dans le système informatique On a fait un business plan avec tous les calculs Ils ont comparé résection prostate classique et rezum Tout ce que je tarifie est inclus dans un business plan Ils ont pris les mêmes codes

I. : Comprenez-vous que le code 261553-261564 (résection endoscopique de la prostate, y compris la cystoscopie) ne peut pas être utilisé pour la procédure REZUM 2 || n'y a pas de résection ou de traitement au laser Actuellement il n'existe pas un code de nomenclature pour cette intervention

H. : On s'est passé sur l'idée que tout était la résection Il y a un gros manque dans la nomenclature On a droit au remboursement du matériel mais il n'y a pas de code d'attestation de la prestation S'il n'y a pas de code de prestation On aurait pu faire payer les patients pour leur intervention Nous avons les études publiées de plus de 5 ans et notre propre étude en cours montrant l'efficacité du rezum On est allé directement sur le code résection qui était implémenté dans le système par l'administration Le libellé est Turp Rezum dans notre système C'est pas normal de rembourser un pistolet et pas la prestation COMMENT POUVONS NOUS FAIRE CA SANS AVOIR DE REMBOURSEMENT DE LA PRESTATION ?

*H. : C'est tout ce qu'il y a dans le business plan Maintenant nous faisons tout en hôpital de jour depuis 6 mois Les directives administratives nous ont demandé de passer en ambulatoire **Je ne suis pas à la base de ce système J'ai suivi les codes mis en place par la direction***

I. : Toutes les remboursements pour les prestations relatives aux opérations et les anesthésies associées sont perçus par l'hôpital (numéro BCE ...) via le régime du tiers payant / numéro du tiers payant ... ?

H. : Oui »

En tant qu'établissement hospitalier, l'hôpital A. organise donc la dispensation des soins : l'hôpital est responsable de l'organisation du bloc opératoire, du matériel médical et met du personnel à la disposition des médecins, qui doivent verser à cet effet un certain montant à l'hôpital à cet effet⁴.

Par ailleurs, selon les données certifiées de Newattest⁵, toutes les prestations ont été portées en compte à l'assurance soins de santé par l'hôpital et les remboursements ont été perçus par l'établissement portant le numéro BCE ..., c'est-à-dire l'hôpital A. Il est donc l'institution qui facture et qui perçoit les remboursements.

La Cour de Cassation a décidé, dans son arrêt du 1er avril 2019 (Cass. (3e ch.) n° C.16.0265.N, 1^{er} avril 2019 (Onze-Lieve-Vrouwziekenhuis c. Landsbond der Christelijke Mutualiteiten)⁶ :

“Conformément aux articles 139bis de la loi coordonnée le 7 août 1987 et 154 de la loi coordonnée le 10 juillet 2008, les honoraires, perçus ou non de façon centrale, couvrent tous les frais directement ou indirectement liés à l'exécution de prestations médicales.

⁴ Voir en ce sens la décision de la Chambre de Première Instance du 14/5/2025, NA-003-24

⁵ Citées par le SECM

⁶ <https://juportal.be> (10 mai 2019), concl. VANDERLINDEN, H ; JTT 2019, afl. 1345, 361; T.Gez. 202122, AFL. 5, 382, noot BACHEZ, C., CALLENS, S

Conformément aux articles 140, § 1er, alinéa 1er, de la loi coordonnée le 7 août 1987 et 155, § 1er, alinéa 1er, de la loi coordonnée le 10 juillet 2008, les honoraires perçus de façon centrale sont affectés :

1° au paiement aux médecins hospitaliers des sommes qui leur sont dues conformément à la réglementation qui leur est applicable en exécution de l'article 145 ;

2° à la couverture des frais de perception des honoraires, conformément au règlement du service ;

3° à la couverture des frais occasionnés par les prestations médicales, qui ne sont pas financés par le budget ;

4° à titre de contribution à la mise en œuvre de mesures de nature à maintenir ou à promouvoir l'activité médicale à l'hôpital.

Les articles 140, §§ 2 et 3, de la loi coordonnée le 7 août 1987 et 155, §§ 2 et 3, de la loi coordonnée le 10 juillet 2008 disposent qu'avant de payer aux médecins hospitaliers les sommes qui leur sont dues, le service de perception applique une retenue à chaque montant pour la couverture de ses frais ainsi que des retenues pour la couverture de tous les frais de l'hôpital occasionnés par les prestations médicales, qui ne sont pas financés par le budget.

Conformément aux articles 17novies et 91 de la loi coordonnée le 7 août 1987 et 30 et 98 de la loi coordonnée le 10 juillet 2008, l'hôpital est responsable à l'égard du patient des manquements commis par les praticiens professionnels qui y travaillent, en ce qui concerne notamment les modalités de la facturation des prestations de santé.

3. Il résulte de la combinaison des dispositions précitées que l'hôpital qui perçoit les honoraires de façon centrale en vertu de la compétence exclusive qui lui est attribuée par la loi agit en nom propre et pour son propre compte.

4. Le moyen, qui, en cette branche, suppose tout entier que l'hôpital agit, non en nom propre et pour son propre compte, mais au nom et pour le compte des médecins hospitaliers, en vertu d'un mandat légal, repose sur une conception juridique erronée, partant, manque en droit."

En arguant qu'il ne peut être à la cause en tant que dispensateur de soins parce que les prestataires ne sont pas des salariés, l'Hôpital A. ajoute au texte une condition qui n'existe pas.

En effet, le texte de l'article 2n) vise les établissements hospitaliers et, en outre, assimile, par l'application de l'article 73 bis, les personnes physiques ou morales qui les emploient, **qui organisent la dispensation des soins ou la perception des sommes dues par l'assurance soins de santé**⁷.

L'article 73 bis dispose :

"Sans préjudice d'éventuelles poursuites pénales et/ou disciplinaires et nonobstant les dispositions des conventions ou des accords visés au Titre III, il est interdit aux dispensateurs de soins et assimilés, sous peine des mesures énoncées à l'article 142, § 1er :

[...]

2° de rédiger, faire rédiger, délivrer ou faire délivrer les documents réglementaires précités lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans la présente loi, dans ses arrêtés et règlements d'exécution, dans les conventions et accords conclus en vertu de cette même loi et/ou lorsque des prestations visées à l'article 34 ont été prescrites durant une période d'interdiction temporaire ou définitive d'exercice de la profession ; »

Et l'article 142 ajoute :

« § 1er. Sans préjudice d'éventuelles sanctions pénales et/ou disciplinaires, les mesures suivantes sont appliquées aux dispensateurs de soins et assimilés qui ne se conforment pas aux dispositions de l'article 73bis : »

⁷ Surligné par la chambre de première instance

L'exigence d'une relation salariée ne résulte pas des dispositions légales.

IV.2.2. L'hôpital A. estime que le SECM ne pouvait pas entamer une procédure uniquement à son encontre mais devait également formuler le grief à l'encontre des dispensateurs de soins qui ont effectué les traitements REZUM.

Cet argument n'est pas pertinent.

En effet, la loi n'impose pas de diriger la procédure également à l'encontre de tous les dispensateurs de soins impliqués. Ainsi dans l'arrêt du Conseil d'Etat cité par la défenderesse⁸, il est dit :

« En conséquence, dès lors qu'un dispensateur de soins accomplit un des actes proscrits par l'article 73bis de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, sa responsabilité est susceptible d'être mise en cause, le cas échéant conjointement avec celle d'une personne y assimilée. »

Cette conclusion fait suite à une analyse, par le CE des travaux préparatoires de la loi portant des dispositions diverses en matière de santé⁹

« CHAPITRE XII Responsabilisation

Article 85 Modification de l'article 2

Les dispositions actuelles de la loi relative au Service d'évaluation et de contrôle médicaux permettent de sanctionner les infractions commises par les dispensateurs et eux seuls. Ainsi, par exemple, lorsqu'une infirmière salariée commet des infractions sous la pression de son employeur, la seule possibilité de sanctionner cet employeur, s'il n'est pas lui-même dispensateur, est d'infliger une amende administrative à l'infirmière et de la condamner à rembourser l'indu, sachant que ces sommes seront ensuite supportées par l'employeur en vertu de l'article 18 des lois sur le contrat de travail. Le projet tend à pouvoir sanctionner directement l'employeur sans ce détour par son personnel salarié. Il s'agit aussi de prévenir d'éventuelles discussions juridiques quant au respect du contradictoire et des droits de la défense puisque dans la procédure actuelle applicable aux seuls dispensateurs de soins, l'employeur n'est pas entendu et n'a pas la possibilité de faire valoir d'éventuels moyens de défense.

[...]

Le même objectif est poursuivi à l'égard des personnes physiques ou morales – non dispensateurs de soins – qui organisent la dispensation de soins ou qui perçoivent les sommes dues par l'assurance».

Des discussions dans le cadre des travaux de la Commission de la Santé publique, de l'Environnement et du Renouveau de la société, on retiendra le passage suivant :

« Responsabilisation des prestataires de soins

Art. 85 M. Luc Goutry (CD&V) demande si les mots «personnes physiques ou morales qui les emploient, qui organisent la dispensation des soins ou la perception des sommes dues par l'assurance soins de santé» visent également les mutuelles. Le ministre répond par la négative. Cet article vise non les organismes assureurs, mais les prestataires de soins. Il permettra de poursuivre également les maisons de repos et les hôpitaux, ce qui n'était pas le cas auparavant (seuls les prestataires individuels pouvaient être poursuivis, et pas les gestionnaires). M. Luc Goutry (CD&V) s'interroge sur les moyens qui pourront être mis en œuvre pour effectuer des contrôles dans ces institutions. Cela n'implique-t-il pas une violation du secret professionnel ? Le ministre répond que les services de contrôle ont mis en lumière des circuits de fraude organisée au sein d'institutions de soins. Pour l'instant, il n'est pas possible de poursuivre ces institutions, mais uniquement

⁸ CE, 9 mars 2020, n° 247.255, 27.

⁹ Article 89 de la loi du 13 décembre 2006 portant des dispositions diverses en matière de santé

les prestataires, alors que le circuit de fraude peut être plus large et impliquer le gestionnaire. Les moyens d'enquête sont donc les mêmes, l'article ajoutant uniquement la possibilité juridique d'instruire une enquête à charge et à décharge d'une institution de soins en tant que personne morale. L'essentiel du contentieux concerne les prestataires de soins à titre individuel. Il n'en reste pas moins qu'une petite partie du contentieux concerne des institutions».

*ii. En adoptant les dispositions précitées, le législateur a eu en vue de permettre la condamnation des dispensateurs de soins et de personnes et/ou institutions pour lesquelles ils travailleraient et qui les auraient contraintes à commettre des irrégularités. Il ne ressort ni du texte de l'article 142 de la loi coordonnée ni des travaux préparatoires de la loi que le législateur aurait eu en vue d'exonérer de manière absolue un dispensateur de soins de sa responsabilité au motif qu'une personne assimilée à un dispensateur de soins pourrait voir sa responsabilité engagée. En conséquence, dès lors qu'un dispensateur de soins accomplit un des actes proscrits par l'article 73bis de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, sa responsabilité est susceptible d'être mise en cause, **le cas échéant conjointement avec celle d'une personne y assimilée.** »*

Il est bien mentionné que cette responsabilité pourrait être mise en cause. Il ne s'agit pas d'une obligation.

On notera encore la facturation des prestations REZUM telle que reprochée, est une pratique généralisée et admise par l'hôpital¹⁰.
La procédure à l'encontre de l'hôpital A. seul est donc recevable.

Il est vrai que ce n'est pas l'hôpital A. qui a effectué les prestations litigieuses. Néanmoins, l'infraction n'est pas de les avoir effectuées. Ce qui est reproché, à l'Hôpital A., c'est d'avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer des documents réglementaires permettant le remboursement des prestations de santé lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (ASSI) coordonnée le 14 juillet 1994, dans ses arrêtés et règlements d'exécution, dans les conventions et accords conclus en vertu de ladite loi et/ou lorsque des prestations visées à l'article 34 ont été prescrites durant une période d'interdiction temporaire ou définitive d'exercice de la profession.

Il n'est pas contesté que c'est l'Hôpital A. qui a rédigé et délivré les documents réglementaires qui ont permis le remboursement des prestations litigieuses, via le système informatique mis en place.

L'hôpital A. prend argument du fait qu'il n'a tiré aucun bénéfice de la perception des prestations litigieuses, les montants étant perçus au nom et pour le compte des médecins concernés et pas pour le compte de l'hôpital.

Il ajoute ainsi une condition qui n'est prévue ni à l'article 73bis ni à l'article 142 de la loi SSI. Ce n'est que l'article 164, al. 2 de la loi SSI qui exige une telle condition.

L'Hôpital A. soulève également l'irrecevabilité, à tout le moins non-fondement, du grief et de la demande de remboursement en ce qui concerne les soins à basse variabilité, sur base des mêmes arguments auxquels il vient d'être répondu aux points A et B (1. Et 2.) Il n'y sera donc pas répondu plus avant.

¹⁰ Voir l'audition du Dr H. Les médecins sont soumis aux directives de l'hôpital. (le business plan)

IV.3. Irrecevabilité, ou à tout le moins non-fondement, du grief et des demandes de remboursement pour violation de l'article 6 de la CEDH et de l'article 141, § 1, 3° de la Loi ASSI.

L'Hôpital A. estime qu'il n'a pas droit à un procès équitable car « le SECM a récemment (le 4 juillet 2024) longuement déclaré dans la presse, notamment dans la version néerlandophone de la revue spécialisée *Le Spécialiste* (*De Specialist*), que 5 hôpitaux ont illégalement attesté à l'assurance maladie des interventions REZUM par le biais du numéro de nomenclature 261553-261564 pour la résection endoscopique du tissu prostatique qui servirait à une résection transurétrale de la prostate (TURP) et qui peut également être utilisé pour l'énucléation ou la vaporisation au laser, mais qui ne pourrait pas être attestée pour une intervention REZUM. Le SECM y a également révélé que 4 de ces hôpitaux ont refusé de régulariser la situation moyennant un remboursement volontaire, et que le SECM a donc engagé une procédure à l'encontre de ces 4 hôpitaux. Le montant total réclamé y est également mentionné explicitement : [...] »¹¹

Ce faisant, le SECM méconnaîtrait manifestement différents principes juridiques à l'égard de l'Hôpital A. ;

- la présomption d'innocence
- l'obligation de motivation de l'autorité publique
- les droits de la défense
- le secret de l'enquête (article 141, § 1, 3° de la loi SSI).

Cet argument n'est pas pertinent.

Comme le relève à juste titre le SECM, l'article 139 de la loi ASSI qui détermine ses missions, le charge notamment de

« 1° de diffuser de l'information aux dispensateurs de soins afin de prévenir les infractions à la présente loi et à ses arrêtés d'exécution ; l'information concerne en particulier les recommandations et les indicateurs visés à l'article 73.

Conformément à l'article 143, § 4, de la loi SSI, le fonctionnaire responsable établit chaque année un rapport mentionnant les décisions prises, afin que le Comité puisse vérifier l'uniformité de la jurisprudence administrative.

Le Service est donc habilité à fournir des informations aux prestataires de soins sur une facturation correcte par le biais de communiqués de presse. Le rapport annuel des activités 2023 du SECM a été publié sur Internet par le Service le 25/06/2024. En revanche, le SECM n'a pas communiqué avec *De Specialist* au sujet de l'enquête nationale sur les interventions REZUM. *De Specialist* peut toutefois, comme tout un chacun, consulter le rapport annuel du SECM sur le site web de l'INAMI.

Les droits de la défense sont donc respectés dans cette affaire. La défenderesse peut se défendre pleinement dans la procédure devant la chambre de première instance. Le rapport annuel des activités du SECM pour 2023 rend compte de l'enquête nationale sur les interventions REZUM. Il fournit une explication claire sur la facturation des interventions REZUM. Aucun nom de prestataire de soins ou d'établissement de soins n'est mentionné.

Il est indiqué qu'une procédure a été engagée à l'encontre de quatre hôpitaux qui ont refusé de rembourser. Il ressort clairement de cette communication qu'il existe un litige sur ce point.

¹¹ Pages 23 à 26 de ses conclusions

Le SECM ne prétend nulle part que ce litige serait infondé. Il est donc difficile de parler d'une violation de la présomption d'innocence. Le Service n'a pas anticipé la décision de la Chambre. Le SECM n'a en aucun cas laissé entendre que le jugement de la Chambre de première instance (et, le cas échéant, de la Chambre de recours) avait déjà été rendu ou qu'il ne s'agissait plus que d'une formalité. Cette affaire repose sur des motifs valables, comme le montrent également l'acte introductif et ses annexes.

Conformément à l'article 157, § 3, de la loi SSI, les décisions définitives sont publiées anonymisées sur le site web de l'INAMI. L'affaire est portée devant la chambre de première instance (et, le cas échéant, devant la chambre de recours). Ces juridictions sont composées d'un magistrat-président et de membres qui sont médecins-conseils auprès d'un organisme assureur ou membres d'une organisation professionnelle (article 145, § 1er, de la loi SSI). Ces juridictions satisfont aux exigences du droit à l'accès à un juge indépendant et impartial. Ces juridictions administratives sont en mesure de statuer de manière impartiale dans la situation en cause.

Le secret de l'enquête à l'égard de la défenderesse dans le dossier en cause n'a pas été violé. Le procès-verbal de constat date du 25/04/2023 et la requête CPI date du 07/06/2024. Le rapport annuel des activités du SECM pour 2023 a été publié sur Internet le 25/06/2024. L'enquête était alors déjà terminée depuis longtemps et le dossier avait déjà été porté devant la chambre de première instance. Les informations fournies dans le rapport annuel des activités du SECM pour 2023 ne peuvent entraîner l'irrecevabilité ou l'infondé de la présente affaire.

IV.4. Conclusions

Le requête du SECM est recevable à l'encontre de l'Hôpital A.

V. LE FONDEMENT DU GRIEF REPROCHE

Pour rappel, l'infraction visée à l'article 73bis 2° de la loi SSI concerne la facturation non conforme du code de nomenclature 261553-261564 (résection endoscopique de la prostate, y compris cystoscopie) lors de la réalisation d'une procédure REZUM qui ne comporte pas de résection mais une injection de vapeur dans la prostate.

Le grief est fondé sur la facturation induite du numéro de nomenclature 261553-261564, tant par le chirurgien principal (code norme 0) que par l'assistant chirurgical (code norme 1).

V.1. A titre liminaire, l'Hôpital A. dénie toute valeur au PV dressé par les inspecteurs sociaux au motif de l'absence de notification dans le délai requis à l'auteur des faits.

L'article 142 §2 de la Loi ASSI dispose un procès-verbal de constat ne fait foi jusqu'à preuve du contraire que pour autant qu'une copie en soit transmise à l'auteur présumé de l'infraction dans un délai de 14 jours prenant cours le lendemain du jour de la constatation de l'infraction.

Conformément à l'article 169 de la loi SSI, les inspecteurs sociaux du SECM recherchent et constatent les infractions conformément aux dispositions du code pénal social. Les articles 62 et 63 du Code pénal social s'appliquent aux auditions.

L'hôpital A. est un dispensateur de soins au sens de l'article 2n) de la loi SSI.

Par conséquent, le procès-verbal de constat du 24 avril 2023 a été dressé à l'encontre de l'hôpital A. et lui a été notifié par lettre recommandée du 25 avril 2023.

Le fait que ce procès-verbal n'ait pas été signifié aux médecins spécialistes en anesthésie et en urologie, à savoir, selon la défenderesse, les auteurs présumés, ne lui permet pas de tirer des arguments, étant donné qu'elle est elle-même mise en cause en tant que personne assimilée et prestataire et que le procès-verbal en question lui a bien été signifié dans le délai légal. Le procès-verbal du 24 avril 2023 conserve donc sa valeur probante à l'égard de la défenderesse.

Par ailleurs, même s'il fallait considérer que le PVC n'a pas valeur de force probante, celui-ci vaut toujours comme simple information et conserve donc sa pertinence juridique.¹²

La Chambre de Première Instance estime toutefois que cet argument est sans pertinence en l'espèce puisque les faits en eux-mêmes ne sont pas contestés.

V.2. Le REZUM

La question se résume à déterminer si la procédure REZUM relève ou non du code 261553-261564 (Résection endoscopique de la prostate, y compris cystoscopie)

La procédure REZUM consiste en une injection de vapeur dans les tissus.

Lors de son audition, le Dr H. explique

« Là c'est une injection de vapeur, on pique dans le tissu, on ne résecte pas. Il n'y a jamais d'anapath.

[...]

Nous attestons le code qui est dans le système informatique. On a fait un business plan avec tous les calculs. Ils ont comparé résection prostate classique et rezum. Tout ce que je tarifie est inclus dans un business plan. Ils ont pris les mêmes codes.

I. : Comprenez-vous que le code 261553-261564 (résection endoscopique de la prostate, y compris la cystoscopie) ne peut pas être utilisé pour la procédure REZUM ? Il n'y a pas de résection ou de traitement au laser. Actuellement il n'existe pas un code de nomenclature pour cette intervention.

H. : On s'est passé sur l'idée que tout était la résection. Il y a un gros manque dans la nomenclature. On a droit au remboursement du matériel mais il n'y a pas de code d'attestation de la prestation. S'il n'y a pas de code de prestation On aurait pu faire payer les patients pour leur intervention. Nous avons les études publiées de plus de 5 ans et notre propre étude en cours montrant l'efficacité du rezum. On est allé directement sur le code résection qui était implémenté dans le système par l'administration. Le libellé est Turp Rezum dans notre système. C'est pas normal de rembourser un pistolet et pas la prestation. COMMENT POUVONS NOUS FAIRE CA SANS AVOIR DE REMBOURSEMENT DE LA PRESTATION ? »

¹² Cass. 22 octobre 1985, R.G. n° 9.748 ; CE., 24 avril 2002, n° 105.838.

Cette audition elle-même suffit à établir que les médecins sont bien conscients que le processus REZUM ne correspond pas au code 261553-261564 car il n'y a pas résection, mais, faute d'alternative dans la nomenclature, c'est ce code-là qui est utilisé.

Selon l'hôpital A., lors d'un traitement REZUM, le tissu prostatique disparaît, notamment par vaporisation, c'est-à-dire par évaporation du tissu. Par le biais de la vapeur d'eau, la prostate est traitée thermiquement de manière à provoquer une nécrose tissulaire (des tissus) et, par conséquent, une diminution du volume de la prostate. En effet, le traitement REZUM entraîne une apoptose ou "*suicide cellulaire*" du tissu prostatique.

Il pose la question de savoir pourquoi les techniques HOLEP (énucléation laser) et PVP (vaporisation laser photosélective) par assimilation peuvent être facturées sous le numéro de nomenclature 261553-261564 et qu'un traitement REZUM, dans lequel le tissu est tout aussi bien vaporisé et disparaît donc, ne pourrait pas l'être.

Il n'est pas contesté qu'il s'agit d'un traitement totalement différent, pour lequel il n'existe actuellement aucune nomenclature propre. L'absence de résection dans le cas du REZUM n'est pas contestable, elle est avérée et déclarée, la durée de l'intervention est plus courte, l'intervention est moins complexe, les risques après l'intervention sont moindres.

Contrairement à ce que soutient la défenderesse, le tissu prostatique ne disparaît pas (complètement) lors de ce traitement, il n'est pas réséqué ni enlevé, mais son volume est réduit, ce qui ne peut être assimilé à une ablation du tissu, comme c'est le cas lors d'une résection endoscopique.

La diminution du volume de la prostate due à la nécrose tissulaire résultant d'un traitement thermique à la vapeur d'eau ne peut être assimilée à une résection, que ce soit au scalpel ou au laser. Même si le tissu disparaît au bout d'un certain temps (après 1 à 3 mois), il n'est pas activement retiré pendant l'intervention.

Le fait que le traitement REZUM soit plus rapide et moins complexe et qu'il comporte en outre moins de risques et d'effets secondaires pour le patient est précisément la raison pour laquelle cette intervention ne peut bénéficier du même remboursement, étant donné que celui-ci tient compte de la durée, du risque et de la complexité.

V.3. Les règles de nomenclature sont d'ordre public et donc d'application stricte et non susceptibles d'interprétation, de sorte que même le fait que l'intervention présente de nombreux avantages ne constitue pas une raison pour déroger à ces règles.

Le Conseil d'Etat a rappelé qu'il n'appartenait pas au prestataire de soins, fût-ce 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.¹³

La défenderesse fait valoir que cette question a d'ailleurs déjà été soulevée lors d'une concertation entre l'INAMI et les représentants urologues de différentes universités et associations professionnelles, au cours de laquelle, selon elle, M. K., médecin à l'INAMI, aurait explicitement confirmé que les traitements REZUM peuvent être facturés sous le numéro de nomenclature 261553-261564.

¹³ C.E. arrêt n° 130.202 du 9 avril 2004, inédit

Elle en déduit que les urologues étaient unanimement d'accord pour que le numéro de nomenclature 261553-261564 puisse être utilisé pour la facturation des traitements REZUM.

M. K., médecin au SSS de l'INAMI, nie toutefois avoir explicitement confirmé cela. Il n'existe aucun rapport écrit attestant cette affirmation. Aucune autorisation n'a été donnée. Pour une autorisation aussi importante, on s'attend au moins à un document écrit. Il s'agit donc uniquement d'une affirmation de la défenderesse, qui n'a en soi aucune valeur probante, puisqu'elle est contredite.

En tout état de cause, il n'appartient ni aux prestataires de soins ni aux groupes professionnels de décider eux-mêmes sous quel numéro de nomenclature une intervention donnée peut être facturée.

La facturation du traitement REZUM sous le numéro de nomenclature 261553-261564 en vertu de la règle interprétative 17 est invoquée par l'hôpital A.

V.4. La règle interprétative 17 s'applique spécifiquement au traitement au laser et ce traitement implique bel et bien l'ablation de tissus ; dès lors, cette règle interprétative ne peut être extrapolée sans autre forme de procès au traitement REZUM. C'est donc à tort que la défenderesse affirme que, « par analogie » avec les interventions mentionnées dans la règle interprétative 17, un traitement REZUM peut également être classé sous le code 261553-261564.

Contrairement au traitement au laser, il n'existe pas de règle interprétative pour le traitement REZUM, même si des initiatives en ce sens ont été prises.

Le CTM aurait pris des mesures pour élaborer une nouvelle règle interprétative 18 prévoyant expressément que la règle interprétative n° 17 ne s'applique pas au traitement REZUM.

La défenderesse estime pouvoir déduire de cette initiative que le CMT admet lui-même que la règle d'interprétation 17 n'interdit pas et autorise même la facturation d'un traitement REZUM sous le numéro de nomenclature 261553-261564.

Il s'agit toutefois d'une interprétation propre à la défenderesse, qui ne trouve aucun fondement.

Le projet de règle d'interprétation 18 serait sur la « to do list » du CTM pour 2026. Aucune interprétation ne peut être faite relativement à ce retard.

Relativement aux autres arguments soulevés, « en toute logique » par l'hôpital A., la Chambre de Première Instance s'en réfère à l'argumentation reprise par la chambre néerlandophone relativement à la situation des deux hôpitaux situés en région flamande et pratiquant également la procédure REZUM¹⁴.

« Conséquences liées au remboursement du matériel utilisé dans le cadre du traitement REZUM :

Le simple fait que le matériel utilisé dans le cadre du traitement REZUM soit remboursé ne permet pas de conclure que le législateur a toujours eu l'intention de rendre le traitement REZUM lui-même remboursable via le numéro de nomenclature 261883-261564.

¹⁴ décision du 14.05.2025 , rôle NA-003-24

La défenderesse estime qu'il n'est pas sérieux que le SECM refuse de prendre en charge le traitement REZUM par l'assurance maladie en tant que cystoscopie (c'est-à-dire en tant qu'examen interne de la vessie via l'urètre) alors que tous les dispositifs médicaux nécessaires au traitement par thermothérapie à la vapeur d'eau générée par radiofréquence (= le traitement REZUM) peuvent être facturés.

Le SECM admet que cela n'est en effet pas logique, mais que cela résulte des différentes réglementations régissant la nomenclature des prestations médicales et la pseudo-nomenclature des fournitures de matériel. Le REZUM n'est pas un cas isolé. Les deux situations se présentent : remboursement de la prestation, mais pas du matériel, et remboursement du matériel, mais pas de la prestation. Ce n'est pas souhaitable, mais c'est actuellement inévitable.

Le SECM explique que la SBU joue elle-même un rôle à cet égard. Elle aurait pu introduire une demande de code de nomenclature pour les prestations médicales au moment où le remboursement du matériel était discuté. Le CTM et le CRIDMI sont deux organes distincts au sein de l'INAMI et sont soumis à des réglementations différentes.

Or, la nomenclature touche à l'ordre public. Cela signifie que les dispositions doivent être strictement respectées, aussi étrange que puisse être le résultat. Le Conseil d'État a également jugé qu'un prestataire de soins ne peut décider lui-même quelle prestation il facturera avec quel code de nomenclature. Rien ne peut être ajouté ou modifié à la réglementation prescrite, sur la base d'une interprétation personnelle fondée sur des motifs d'équité, des considérations sociales ou l'intérêt et le confort des patients.

Si la nomenclature s'avérait inadaptée, il appartiendrait à la profession de prendre les mesures nécessaires pour la faire modifier. La nomenclature est établie selon une procédure prévue à l'article 35 de la loi SSI, dans laquelle interviennent, selon le cas, le conseil technique compétent, les commissions des accords et conventions et la commission du contrôle budgétaire. Ces organes comprennent des représentants des institutions d'assurance et des prestataires de soins des groupes professionnels spécifiques. La nomenclature est donc établie par secteur. Elle est donc élaborée en concertation avec les représentants des organismes d'assurance et des (divers) prestataires de soins.

Ceux-ci tiennent bien sûr compte des situations, tâches, besoins et intérêts spécifiques de leurs différentes professions, en tenant notamment compte de la nature spécifique des soins et de la rémunération spécifique qui y est liée.

La nomenclature doit être appliquée telle qu'elle est en vigueur au moment de l'intervention. À l'heure actuelle, il n'existe pas de numéro de nomenclature pour l'intervention REZUM, mais il existe un code de pseudo-nomenclature pour « l'ensemble des dispositifs médicaux utilisés lors du traitement de l'hyperplasie bénigne de la prostate par thermothérapie à la vapeur d'eau générée par radiofréquence » (numéro de nomenclature 181731-181764), c'est-à-dire le matériel utilisé lors d'un traitement REZUM. La pseudo-nomenclature relative aux implants et aux dispositifs médicaux est établie selon une procédure décrite dans le règlement intérieur de la commission des conventions entre les fournisseurs d'implants et les organismes d'assurance.

Le SECM ne prétend pas que l'intervention REZUM ne peut/ne pourra pas être remboursée (à l'avenir). Pour cela, il faudrait créer un numéro de nomenclature correct. En effet, l'intervention REZUM ne correspond pas à la description du code de nomenclature 261553-261564. De plus, la durée de l'intervention est beaucoup plus courte, sa complexité est moindre et les risques sont plus faibles.

Violation de la nomenclature par le SECM en n'acceptant que la facturation d'une cystoscopie :

La défenderesse affirme que le SECM a manifestement fait un usage abusif de son pouvoir discrétionnaire en acceptant uniquement la cystoscopie comme code de nomenclature pour la facturation des traitements REZUM beaucoup plus approfondis et en réclamant le remboursement de la facturation du traitement sous le code de nomenclature 261553-261564.

Le SECM n'assimile pas un traitement REZUM à une cystoscopie. Étant donné qu'une cystoscopie a bien été réalisée pendant l'intervention, celle-ci est acceptée rétrospectivement à titre équitable.

Le Service aurait également pu estimer qu'il n'existe pas de code de nomenclature pour le REZUM et demander le remboursement de l'ensemble de la procédure et de l'anesthésie.

Il ne s'agit donc pas ici d'un usage incorrect de son pouvoir discrétionnaire, mais d'une concession fondée sur l'équité, car ce traitement préalable fait partie du traitement REZUM. »

V.5. Le principe de sécurité juridique, le principe de diligence, le principe de confiance légitime et le principe du raisonnable ont été clairement violés dans la présente procédure.

La première raison est que le SECM n'a ouvert une enquête qu'en 2023, sans que l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité n'ait fait de remarque préalable. En outre, le SECM a omis de formuler au préalable un avertissement éventuel, mais a immédiatement dressé un procès-verbal de constat.

La partie défenderesse perd de vue que le SECM n'est pas tenu d'adresser un avertissement préalable, il n'y a donc aucune violation de quelque principe que ce soit.

La 2^{ème} raison est que M. K., de l'INAMI, a explicitement confirmé, lors d'une concertation entre l'INAMI et les représentants urologues de diverses universités et associations professionnelles, que les traitements REZUM pouvaient être facturés sous le numéro de nomenclature 261553-261564.

Monsieur K. nie avoir tenu de tels propos, non prouvés.

La 3^{ème} raison est que le SECM ignore totalement les directives en vigueur de l'Association européenne d'urologie et de l'Association américaine d'urologie, ainsi que la position de la Société belge d'urologie (SBU), en affirmant que les traitements REZUM consistent uniquement en une injection de vapeur et qu'aucun tissu n'est excisé ou retiré. Conformément aux directives de ces associations professionnelles internationales, le tissu prostatique est bel et bien retiré (ablation) lors des traitements REZUM. Le traitement REZUM peut donc bien être facturé sous le numéro de nomenclature 261553-261564.

Le SECM est en droit de ne pas partager ce point de vue, sans pour autant violer les principes de sécurité juridique, de diligence, de confiance légitime et du raisonnable. C'est d'ailleurs l'objet du présent litige.

C'est donc à tort que la défenderesse affirme que les dispensateurs de soins concernés pouvaient raisonnablement et à 100 % compter sur le fait que les traitements REZUM pouvaient être facturés à juste titre sous le numéro de nomenclature 261553-261564 et les codes associés.

L'audition des responsables de service confirme bien le malaise de ceux-ci pour facturer en l'absence de code adéquat.

Par ailleurs, aucun élément pertinent et établi ne permet de conclure que le SECM aurait (à tort) donné cette impression aux prestataires de soins à un moment donné. Au contraire, il a clairement indiqué que ces frais devaient être répercutés sur le patient.

Pour que le principe de confiance légitime puisse être invoqué, trois conditions doivent être remplies¹⁵

- il doit y avoir une erreur de l'administration ;
- cette erreur a conféré un avantage au citoyen ;
- il n'existe pas de raisons impérieuses de réclamer la restitution de cet avantage.

Ni les organismes d'assurance, ni le SECM n'ont, en l'espèce, donné à la défenderesse la moindre assurance que la facturation était correcte.

Aucune de ces conditions n'est remplie, puisqu'aucune erreur n'a été démontrée de la part du SECM, aucun avantage n'a été accordé à la défenderesse et il existe en outre des raisons impérieuses de réclamer la restitution de l'avantage dont elle a bénéficié.

Les principes généraux de bonne administration ne peuvent écarter le principe de légalité : la législation SSI est en effet d'ordre public et s'oppose par nature à toute application incompatible avec les prescriptions édictées et à toute forme de contournement.

Il existe une jurisprudence constante de la cour de cassation¹⁶ selon laquelle le principe de confiance légitime ne peut être appliqué *contra legem*, c'est-à-dire à l'encontre de dispositions légales expresses.

Le procès-verbal de constat a été établi à juste titre et l'affaire a été valablement portée devant la Chambre de première instance, un montant de 77.084,30 euros a été formellement mis à la charge de la défenderesse et l'enquête du SECM a révélé que la défenderesse avait effectué des prestations non conformes pour un montant de 77.084,30 euros à l'INAMI.

VI. LA DEMANDE DE TITRE EXÉCUTOIRE

Le SECM introduit une demande de récupération tendant à la condamnation de l'hôpital A. au remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé, soit la somme de 77.084,30 € (article 142, §1er, 2°, de la loi SSI) sous déduction de la somme de 2.773,44 € déjà remboursée.

Le grief étant établi, il convient de faire droit à cette demande.

¹⁵ v. not. sur ce sujet, J.F. NEVEN, « La réparation selon le droit commun des fautes des institutions de sécurité sociale », in Regards croisés sur la sécurité sociale, dir. F. ETIENNE et M. DUMONT, Anthemis, Liège, 2012, 268 et s. et les références citées ; J.-F. NEVEN et D. DE ROY, « Principes de bonne administration et responsabilité de l'ONSS », in La sécurité sociale des travailleurs salariés, coord. J.F. NEVEN et S. GILSON, Larcier, Bruxelles, 2010, 538 et s.

¹⁶ Cass., 29 nov. 2004, *J.T.T.*, 2005, p. 104 cité par C.Trav Bruxelles, 2 3 mai 2024, R.G. 2022/AB/588

VII. LES INTÉRÊTS

L'article 156, §1er alinéa 2 de la loi SSI (tel que modifié par l'article 26, 1°, de la loi du 17 juillet 2015 portant des dispositions diverses en matière de santé, M.B. du 17 août 2015) dispose que :

« § 1er. Les décisions du fonctionnaire dirigeant du Service d'évaluation et de contrôle médicaux ou du fonctionnaire désigné par lui, visées à l'article 143, les décisions des Chambres de première instance visées à l'article 142, et les décisions des Chambres de recours, visées aux articles 142 et 155, sont exécutoires de plein droit par provision, nonobstant tout recours. Des délais de paiement peuvent être accordés uniquement sur la base d'une demande motivée et appuyée par toute pièce utile permettant d'en apprécier le bien-fondé. Les sommes dues sont payées dans les trente jours de la notification des décisions visées à l'alinéa 1er. A défaut de paiement dans ce délai, les sommes restant dues produisent, de plein droit, des intérêts au taux d'intérêt légal en matière sociale, tel que prévu à l'article 2, § 3, de la loi du 5 mai 1865 relative au prêt à intérêt, à compter de l'expiration de ce délai ».

VIII. L'AMENDE ADMINISTRATIVE

Le SECM demande la condamnation de l'Hôpital A. à une amende administrative s'élevant à 25% du montant de la valeur des prestations indues, soit la somme de 19.271,08 euros.

Le SECM justifie sa demande comme suit :

« En l'espèce, le SECM estime nécessaire de prononcer une amende administrative à charge de l'Hôpital A. (asbl B.).

En effet, la nomenclature des prestations de santé est une réglementation d'ordre public. Les règles de celle-ci sont de stricte interprétation et doivent être appliquées rigoureusement.

Il n'appartient pas au prestataire de soins, de modifier la nomenclature, fût-ce sous couvert d'interprétation téléologique, 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.

Les dispensateurs de soins collaborent à un service public, ce qui suppose un rapport de confiance notamment entre l'INAMI, les organismes assureurs et les dispensateurs de soins.

Le respect des conditions prévues par la réglementation est un des fondements de ce rapport de confiance.

Si les prestataires ne se conforment pas à la réglementation, ils brisent ce rapport de confiance et mettent en péril l'équilibre des deniers publics.

En l'occurrence, la facturation de prestations non conformes a des répercussions financières importantes au détriment de l'assurance maladie obligatoire (77.084.30 euros), ce qui ne peut être accepté.

Au vu de ce qui précède, le SECM demande que, conformément à l'article 142, § 1, 2° de la loi relative à l'assurance maladie, une amende administrative de 25 %, soit 19.271,08 euros, soit imposée à l'Hôpital A. (asbl B.). »

Le grief étant établi, l'amende administrative peut être prononcée.

En effet, l'article 142 de la loi ASSI mentionne « § 1er. Sans préjudice d'éventuelles sanctions pénales et/ou disciplinaires, les mesures suivantes sont appliquées aux dispensateurs de soins et assimilés qui ne se conforment pas aux dispositions de l'article 73 bis ».

Pour entraîner une amende, deux éléments doivent être réunis : un élément matériel et un élément moral.

L'élément matériel réside dans la transgression d'une disposition légale ou réglementaire (accomplissement de l'acte interdit ou omission de l'acte prescrit).

L'élément moral suppose que cette transgression soit commise librement et consciemment.

L'auteur d'une infraction sociale peut démontrer ne pas avoir agi librement en rapportant la preuve de l'existence d'une cause de justification : la force majeure (ou contrainte), l'état de nécessité, l'erreur ou l'ignorance invincible et l'ordre de l'autorité.

C'est ce qu'a rappelé la Cour de cassation dans un arrêt du 24 février 2014 :

« L'existence de cet élément moral peut être déduite du simple fait matériel commis et de la constatation que ce fait est imputable au prévenu, étant entendu que l'auteur est mis hors de cause si un cas de force majeure, une erreur invincible ou une autre cause d'excuse sont établis, à tout le moins, ne sont pas dénués de crédibilité. »¹⁷

L'erreur ou l'ignorance ne peuvent être retenues comme causes de justification que pour autant qu'elles soient invincibles, c'est-à-dire lorsqu'il peut se déduire de circonstances que l'auteur de l'infraction a agi comme l'aurait fait toute personne raisonnable et prudente¹⁸.

La complexité de la législation sociale en vigueur ne peut être considérée comme source d'erreur invincible¹⁹.

De plus, la simple constatation que l'auteur de l'infraction ait été mal conseillé, fût-ce par une personne qualifiée, ne suffit pas en soi pour que l'erreur soit considérée comme étant invincible ; il appartient au juge d'apprécier en fait si pareil avis a induit l'auteur de l'infraction dans un état d'erreur invincible²⁰.

Les dispensateurs de soins sont tenus par un devoir de rigueur et de vigilance à l'égard de l'assurance soins de santé : ils doivent veiller à s'informer de la réglementation applicable à leur secteur d'activité et de ses modifications éventuelles. En cas de doute, ils doivent se renseigner auprès des autorités compétentes en la matière.

Pour ces motifs, la Chambre de première instance confirme l'amende administrative quant à son principe et son montant.

¹⁷ Cass. 24 février 2014, S.2013.0031.N, Juportal

¹⁸ Cass., 2ème ch., 1er octobre 2002, rôle n° P011006N, Cass., 1ère ch., 16 septembre 2005, rôle n° C040276F; C. trav. Bruxelles, 26 octobre 2010, RG n° 40.153-40.316; C. trav. Liège, sect. Liège, 21 avril 2010, RG n° 36395/09.

¹⁹ C. HENNEAU et J. VERHAEGEN, Droit pénal général, Bruylant, Bruxelles, 1991, p. 338 ; Anvers, 9 octobre 1997, Chr.D.S., 1998, p. 145; C. trav. Liège, sect. Namur, 6 août 2009, RG n° 8697/08-8700/08 consultable sur juridat ; cass. 14 mai 2012, Pas. 2012, n°300. CT Liège, 08.11.2010, RG 36410/09, www.juridat.be

²⁰ Cass., 2ème ch., 1er octobre 2002, RG n° P011 006N.

Toutefois, en l'absence d'antécédent et parce que l'utilisation de ce traitement a été suspendue dans l'attente d'un code adéquat, le sursis total est accordé à l'hôpital A.

PAR CES MOTIFS

LA CHAMBRE DE PREMIERE INSTANCE,

Statuant contradictoirement à l'égard du SECM et de l'Hôpital A. (anciennement ...),

Déclare la demande du SECM recevable et fondée.

En conséquence,

Déclare le grief établi et ce faisant ;

Condamne l'Hôpital A. à rembourser la valeur des prestations indues s'élevant à 77.084,30 €, sous déduction de la somme de 2.773,44 € ;

Condamne l'Hôpital A. (A.S.B.L. B.) au paiement d'une amende administrative s'élevant à 25% du montant de la valeur des prestations indues, soit la somme de 19.271,08 euros (article 142, §1er, 2° de la loi SSI) ;

Octroie un sursis d'une durée de 3 ans à l'exécution de l'amende ;

Dit qu'à défaut de paiement des sommes dues dans les trente jours de la notification de la présente décision, des intérêts au taux légal en matière sociale, tel que prévu à l'article 2, §3, de la loi du 5 mai 1865 relative au prêt à intérêt, seront dus, de plein droit, à compter de l'expiration du délai précité.

La présente décision est prise par la Chambre de première instance composée de Madame GUIDET Corinne, présidente, des Docteurs GEMBALA Olivia et DESQUIENS Georges, membres présentés par les organismes assureurs, de Messieurs LEJEUNE Philippe et DUPONT François, membres présentés par les associations représentatives des établissements hospitaliers.

Et prononcée à l'audience publique du 02 avril 2026 par Madame GUIDET Corinne, présidente, assistée de Madame METENS Caroline, greffière

METENS Caroline
Greffière

GUIDET Corinne
Présidente