

**CHAMBRE DE PREMIERE INSTANCE DU 10 mars 2022**

**Numéro de rôle FA-008-20**

**EN CAUSE DE**

**SERVICE D'ÉVALUATION ET DE CONTRÔLE MÉDICAUX**,  
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 ;

Partie requérante,

**CONTRE :**

**Monsieur A.**

médecin spécialiste en cardiologie avec reconnaissance en  
réadaptation fonctionnelle et professionnelle des handicapés

Comparaissant en personne,

**ASBL B.**

Parties défenderesses, représentées par Me C., avocate.

**I. PROCEDURE**

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

- la requête du 19 mars 2020, entrée au greffe le même jour, par laquelle le Service d'évaluation et de contrôle médicaux, ci-après dénommé le SECM, saisit la Chambre de première instance d'une contestation avec un dispensateur de soins, soit le Docteur A., et B. ;
- la note de synthèse du SECM ;
- les conclusions (+ pièces) déposées par le Docteur A. et B. le 16 septembre 2020 ;
- les conclusions en réplique déposées par le SECM le 21 décembre 2020 ;
- les conclusions additionnelles (+ pièces complémentaires) déposées par le Docteur A. et B. le 21 janvier 2021 ;
- les power points respectifs des parties, projetés lors de l'audience du 20 janvier 2022.

Les parties ont été entendues à l'audience du 20 janvier 2022, à la suite de quoi la cause a été prise en délibéré.

La loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 et l'arrêté royal du 9 mai 2008 fixant les règles de fonctionnement

et le Règlement de procédure des Chambres de première instance et des Chambres de recours ont été respectés dans le cadre de la procédure.

## **II. OBJET DE LA DEMANDE**

Le SECM demande à la Chambre de première instance de déclarer que le grief suivant est établi dans le chef du Docteur A. et de B. :

- Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer des documents réglementaires visés dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans présente loi, dans ses arrêtés et règlements d'exécution, dans les conventions et accords conclus en vertu de cette même loi ;
- Infraction visée à l'art 73bis, 2° de la Loi ASSI coordonnée le 14 juillet 1994 ;
- En l'espèce, avoir porté en compte chez des assurés des codes de cathétérisme cardiaque n° 476070-476081 (cathétérisme par voies veineuse et artérielle) non conformes lors d'examens de coronarographie (464170-464181 ou 464192-464203) car le cathétérisme gauche (par voie artérielle) est compris dans la prestation de coronarographie.

Le grief est formulé pour 546 prestations, à savoir 2 codes 476070 et 544 codes 476081, pour 512 assurés, avec comme date de prestation du 11 novembre 2014 au 25 août 2017, et comme date d'introduction aux OA du 26 mai 2015 au 30 septembre 2017, pour un montant de **138.601,95 €** (indu différentiel).

En conséquence, 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 solidairement le Docteur A. et l'ASBL B. au remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé, soit la somme de **138.601,95 €** (article 142, §1er, 2°, de la loi SSI),
- Condamner le Docteur A. au paiement d'une amende administrative s'élevant à **25%** du montant de la valeur des prestations indues (138.601,95 €), soit la somme de **34.650,49 €** (article 142, §1er, 2° de la loi SSI) ,
- Dire qu'à défaut de paiement des sommes dues par le Docteur A. et l'ASBL 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.

Le Docteur A. et l'ASBL B. demandent à la Chambre de Première Instance :

*A titre préliminaire :*

- d'ordonner au SECM de joindre au dossier de la présente procédure, toutes les informations relatives à l'enquête nationale dont ils ont fait l'objet ;

*A titre principal :*

- de déclarer la demande du SECM, si recevable, non fondée (premier moyen);

*A titre subsidiaire*, au cas où il serait décidé de ne pas suivre leur position et jugé que la nomenclature contient bien une interdiction de cumul entre les codes de la coronarographie et du cathétérisme cardiaque gauche et droit combiné :

- de réduire le montant de la valeur des prestations soi-disant indues à € 99.853,02 (deuxième moyen) ; et
- de n'imposer aucune amende administrative au Docteur A. (troisième moyen);

*A titre plus subsidiaire*, au cas où il serait décidé qu'une amende administrative s'impose quand même au Docteur A. :

- de n'imposer une amende que pour la période après le 26 novembre 2015 (troisième et quatrième moyens) ; et
- de réduire l'amende administrative au minimum, c'est-à-dire à 5% du montant de la valeur des prestations soi-disant indues (conformément à l'article 142, §1, 2° de la Loi du 14 juillet 1994) (quatrième moyen) ; et
- d'accorder pour l'amende administrative intégrale un sursis d'une durée de 1 à 3 ans (conformément à l'article 157, §1, de la Loi du 14 juillet 1994) (quatrième moyen).

### **III. CONTEXTE**

Le présent dossier résulte d'une enquête thématique effectuée par le SECM concernant la facturation des codes de cathétérisme cardiaque en combinaison avec les codes de coronarographie.

Dans le cadre de cette enquête, le SECM a demandé les listings informatiques aux Unions nationales des Organismes assureurs sur base de l'article 138 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 relatifs aux codes de nomenclature de l'article 20 e) (cathétérismes cardiaques), de l'article 17 ter (coronarographie, RX de l'aorte) et de l'article 34 (cardiologie interventionnelle) pour tout le pays pour la période d'introduction aux OA s'étendant du 1<sup>er</sup> janvier 2015 au 30 septembre 2017.

Les données de B. ont été ensuite analysées. Les prestations reprochées ont été portées en compte au nom de différents cardiologues exerçant à B.

Un procès-verbal de constat (PVC) daté du 19 avril 2018 a été rédigé au nom du Médecin en Chef, le Docteur A., en sa qualité de responsable du bon fonctionnement du

département médical de B. au regard de l'article 18 de la loi sur les hôpitaux coordonnée le 10 juillet 2008, et en sa qualité de signataire des factures récapitulatives faisant partie des notes d'hospitalisation pour la facturation des prestations médicales en tiers payant, et envoyé le 19 avril 2018 par la voie du recommandé postal, en même temps que l'invitation au remboursement volontaire (IRV) dont la date limite était fixée au 20 juin 2018.

Une copie du PVC et de l'IRV a été adressée à l'ASBL B. dans le cadre de l'article 164, 2ème alinéa de la loi ASSI.

Une copie a été envoyée pour information au Chef de service de cardiologie, Docteur F.

Le 8 mai 2018, le Docteur A., a contesté le PVC du 19 avril 2018 :

*« Honoré Confrère,*

*J'ai pris connaissance de votre courrier du 19 avril 2018 concernant des facturations supposées indues lors de procédures de coronarographies au sein de notre institution.*

*La contestation porte sur le cumul des prestations 464170-463181 / 464192-464203 et de la prestation 476070-476081. Une somme de 138 601,95 Euros nous est en conséquence réclamée.*

*Nous avons analysé les éléments du dossier et nous contestons votre argumentaire.*

*J'ai en effet personnellement participé en tant qu'expert auprès du Comité Technique Médical, à l'élaboration de la nomenclature actuelle des coronarographies. Afin de simplifier la tarification, l'INAMI et la Société belge de Cardiologie ont accepté un remboursement forfaitaire pour les coronarographies, comprenant la coronarographie elle-même, les manipulations pour le cathétérisme artériel et la ventriculographie de contraste. La législation qui en a découlé (article 17ter par A du 26.10.2011 - en vigueur le 1.1.2012), et sur laquelle nous avons marqué notre accord, prévoyait le non-cumul entre ce nouveau code et le code de cathétérisme par voie artérielle (476055 476066). Ce non-cumul est clairement indiqué dans la nomenclature. En ce qui concerne les autres formes de cathétérisme, dont le cathétérisme par voie artérielle et veineuse combinée, nous avons souhaité qu'il soit cumulable avec le code de coronarographie car i) il s'agit d'une faible quotité eu égard au volume de coronarographie et ii) sa finalité est très différente du cathétérisme associé à la coronarographie. Dans ce dernier cas, le but n'est que de permettre l'accès artériel (nécessaire à la réalisation d'une coronarographie) et de monitorer la pression artérielle pendant la procédure afin de garantir la sécurité du patient. Dans le cas du cathétérisme combiné artériel et veineux, l'objectif est de poser un diagnostic hémodynamique avec enregistrement des pressions intra-cavitaires à différents niveaux, de faire des prélèvements sanguins afin de mesurer le débit cardiaque et éventuellement de répéter ces mesures au cours d'un stress physique ou pharmacologique. Cet examen est donc complexe, requiert du personnel supplémentaire et, au minimum, double le temps d'examen. C'est la raison pour laquelle la commission a décidé de ne pas exclure le cumul entre les codes de coronarographie et celui du cathétérisme cardiaque par voie artérielle et veineuse.*

*Nous entendons que votre lecture récente de la nomenclature est différente et que vous estimez aujourd'hui que ces 2 codes ne peuvent pas être cumulés. Nous contestons cette interprétation et sommes prêts à faire valoir nos droits.*

*Par la présente lettre, nous souhaitons donc que vous reveniez sur votre décision de nous demander le remboursement demandé dans votre pro-justicia du 19 avril 2018. En vous remerciant de l'attention que vous porterez à notre courrier, je vous prie, Madame, Monsieur de recevoir l'expression de mes sentiments les meilleurs.*

*Professeur A..»*

Par courrier du 26 octobre 2018, le SECM a expliqué au Docteur A., qu'il maintenait le grief après analyse de ses arguments.

Par e-mail du 16 novembre 2018, Maître C, conseil de B., a indiqué que B. restait sur sa position et ne procédait pas au remboursement volontaire.

Le SECM a alors introduit la présente action.

#### **IV. DISCUSSION**

##### **1. A titre préliminaire**

A titre préliminaire, le Docteur A. et l'ASBL B. demandent à la Chambre de première instance d'ordonner au SECM de joindre au dossier de la présente procédure, toutes les informations relatives à l'enquête nationale dont ils ont fait l'objet « *et ce au titre de l'article 877 du Code judiciaire et compte tenu la publicité de l'administration. Ces informations peuvent comprendre, par exemple, les raisons du lancement de l'enquête, la finalité de l'enquête, les études réalisées, la sélection des centres cardiaques à étudier, les résultats concrets, etcetera.* »

La Chambre de première instance n'aperçoit pas en quoi ces éléments seraient pertinents pour le traitement du présent dossier et la défense du Docteur A. et l'ASBL B.. Du reste, il ressort de la page 30 de leurs dernières conclusions qu'ils ont pu disposer des informations requises par rapport à l'enquête nationale.

Cette demande doit dès lors être rejetée.

##### **2. Principes - Prestations non conformes accomplies par un dispensateur de soins**

###### 1.1.

L'article 73bis de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (ci-après dénommée la loi ASSI) prévoit que :

*« 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 (...)* »

Le dispensateur de soins qui porte en compte à l'assurance soins de santé des prestations non conformes (article 73bis, 2°) est sujet au remboursement de la valeur des prestations concernées, conformément à l'article 142, §1er, 1° et 2°, de la loi ASSI.

Il suffit que les éléments matériels constitutifs d'une infraction « *conformité* », basée sur l'article 73bis de la loi ASSI, soient établis pour entraîner une obligation de

remboursement de l'indu, sans qu'un élément moral (être animé d'une volonté délictueuse, ne pas faire preuve de bonne foi, agir librement et consciemment, etc.) ne soit requis.

Outre l'obligation de remboursement, l'article 142, §1<sup>er</sup>, al. 1<sup>er</sup>, 2<sup>o</sup> de la loi ASSI prévoit la possibilité d'infliger une amende administrative comprise entre **5 % et 150 %** du montant de la valeur des mêmes prestations en cas d'infraction aux dispositions de l'article 73bis, 2<sup>o</sup> de la loi.

Par ailleurs, l'article 164, alinéa 2 de la loi ASSI prévoit que :

*« En régime du tiers payant, les prestations de l'assurance soins de santé payées indûment sont remboursées par le dispensateur de soins qui ne s'est pas conformé aux dispositions légales ou réglementaires. **Lorsque les prestations ont été perçues, pour son propre compte, par une personne physique ou morale, celle-ci est solidairement tenue au remboursement avec le dispensateur de soins.** (...)»*

1.2.

Saisie d'une demande du SECM visant à faire constater l'existence d'un grief, avec demande de condamnation à rembourser l'indu et à payer une amende administrative, la Chambre de première instance est tenue d'examiner si les éléments matériels constitutifs de l'infraction visée par le SECM sous forme de grief sont réunis.

**La charge de la preuve de l'existence du grief repose sur le SECM**, que l'on considère que le grief implique une sanction de nature pénale ou une sanction de nature civile. En cas de doute, la demande doit être rejetée.

L'article 870 du code judiciaire prévoit que, sans préjudice de l'article 8.4, alinéa 5, du Code civil, chacune des parties a la charge de prouver les faits qu'elle allègue.

L'article 8.4., al. 4 du code civil dispose qu'en cas de doute, celui qui a la charge de prouver les actes juridiques ou faits allégués par lui succombe au procès, sauf si la loi en dispose autrement.

### **3. Le grief reproché**

Le SECM reproche au Docteur A. et à l'ASBL B. d'avoir porté en compte chez des assurés des codes de cathétérisme cardiaque n° **476070-476081** (cathétérisme par voies veineuse et artérielle) non conformes lors d'exams de coronarographie (464170-464181 ou 464192-464203) car le cathétérisme gauche (par voie artérielle) est compris dans la prestation de coronarographie.

Selon le SECM :

- Les codes 476070-476081 correspondent à des prestations de cathétérisme par voies veineuse et artérielle (ou cathétérisme cardiaque droit et gauche) ;
- Or, la nomenclature stipule que le cathétérisme cardiaque gauche est compris dans l'examen de coronarographie : « *Une angiographie du ventricule gauche avec ou sans l'aorte thoracique, y compris le cathétérisme cardiaque gauche et le calcul de la fraction d'éjection du ventricule gauche font partie intégrante de la présente prestation excepté chez les patients dont la situation médicale ne permet pas une extension de l'examen. Pour ces patients, la motivation médicale pour la limitation de l'examen est conservée dans le dossier médical* ».

- Toutes les manipulations indispensables pour effectuer les examens sont comprises dans les prestations 464170-464181 et 464192-464203.
- La nomenclature précise en outre que la coronarographie ne peut pas être cumulée avec le code de cathétérisme par voie artérielle : les prestations 464170-464181 et 464192-464203 ne peuvent pas être cumulées avec la prestation 476055-476066.
- La prestation 476070-476081 rétribue un cathétérisme cardiaque gauche (par voie artérielle) et un cathétérisme droit (par voie veineuse). La prestation 476070-476081 (cathétérisme cardiaque par voies veineuse et artérielle) est identique à la prestation 476055-476066 (cathétérisme cardiaque par voie artérielle) mais comporte en plus un cathétérisme par voie veineuse.
- Le code 476070-476081 ne pouvait donc pas être porté en compte avec un des codes de coronarographie (464170-464181 ou 464192-464203) .
- Seul un code de cathétérisme par voie veineuse (476011-476022) pouvait être attesté à condition que la prestation ait été réalisée et soit conforme au libellé de la prestation.

Le grief est formulé pour **546 prestations**, à savoir 2 codes 476070 et 544 codes 476081, pour 512 assurés, avec comme date de prestation du 11 décembre 2014 au 25 août 2017, et comme date d'introduction aux OA du 26 mai 2015 au 30 septembre 2017, pour un montant de **138.601,95 €** (indu différentiel).

#### **4. Les dispositions en cause et leur historique**

##### **3.1. Les dispositions en discussion**

Les dispositions en cause sont reprises dans l'Annexe de l'Arrêté Royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (ci-après dénommé « NPS »).

Il s'agit de l'article 20, §1<sup>er</sup>, e) de la NPS et de l'article 17ter de la NPS.

##### **➤ article 20 §1 e) (Cardiologie) :**

*« Cathétérismes cardiaques en dehors de la surveillance continue de la fonction cardiaque.*

*Cathétérismes cardiaques avec enregistrement graphique des courbes de pressions à différents niveaux, y compris éventuellement les prises d'échantillons de sang pour dosage, les contrôles radioscopiques télévisés, les contrôles électrocardiographiques, la dénudation et l'injection de produits opacifiants avec ou sans épreuve d'effort ou épreuve pharmacodynamique, avec protocole et tracés (non cumulables avec la consultation):*

476011 – 476022	par voie veineuse	K80
476033 – 476044	par voie veineuse avec ponction transseptale	K200
476055 – 476066	par voie artérielle	K134
476070 – 476081	par voies veineuse et artérielle	K266

Les prestations 476011-476022, 476033-476044, 476055-476066 et 476070-476081 ne sont remboursables que si elles ont été demandées et effectuées selon les "guidelines" de la "European Society of Cardiology".

En cas de cardiopathie ischémique chronique, les prestations 476011-476022, 476033-476044, 476055-476066 et 476070-476081 ne peuvent être portées en compte qu'après avoir effectué au moins un test préalable d'ischémie fonctionnelle du myocarde (test d'effort, écho-stress, scintigraphie de stress du myocarde) qui démontre l'ischémie.

S'il est dérogé à ces conditions, la motivation détaillée est conservée dans le dossier médical. »

➤ **Art. 17ter A 5° (Imagerie médicale Radiodiagnostic Système vasculaire)**

« 464170 – 464181 Coronarographie digitale par cathétérisme N

Une angiographie du ventricule gauche avec ou sans l'aorte thoracique, y compris le cathétérisme cardiaque gauche et le calcul de la fraction d'éjection du ventricule gauche font partie intégrante de la présente prestation excepté chez les patients dont la situation médicale ne permet pas une extension de l'examen. Pour ces patients, la motivation médicale pour la limitation de l'examen est conservée dans le dossier médical.

464192 – 464203 Coronarographie digitale par cathétérisme cardiaque avec minimum deux séquences filmées par pontage N

Une angiographie du ventricule gauche avec ou sans l'aorte thoracique, y compris le cathétérisme cardiaque gauche et le calcul de la fraction d'éjection du ventricule gauche font partie intégrante de la présente prestation excepté chez les patients dont la situation médicale ne permet pas une extension de l'examen. Pour ces patients, la motivation médicale pour la limitation de l'examen est conservée dans le dossier médical. Toutes les manipulations indispensables pour effectuer les examens sont comprises dans les prestations 464170-464181 et 464192-464203.

Les prestations 464170-464181 et 464192-464203 ne sont remboursables que si elles ont été demandées et effectuées selon les "guidelines" de la "European Society of Cardiology".

En cas de cardiopathie ischémique chronique, les prestations 464170-464181 et 464192- 464203 ne peuvent être portées en compte qu'après avoir effectué au moins un test préalable d'ischémie fonctionnelle du myocarde (test d'effort, écho-stress, scintigraphie de stress du myocarde) qui démontre l'ischémie.

S'il est dérogé à ces conditions, la motivation détaillée est conservée dans le dossier médical.

Les prestations 464170-464181 et 464192-464203 ne peuvent pas être cumulées avec la prestation 476055-476066. »

### 3.2. Historique des dispositions en cause

La version des dispositions en cause reprise ci-avant est celle qui fait suite aux modifications apportées par **deux Arrêtés royaux du 26 octobre 2011**<sup>1</sup>.

Avant les modifications apportées par ces arrêtés royaux du 26 octobre 2011, jusqu'en 2012, la procédure de coronarographie était attestée par une juxtaposition de codes provenant de l'article 17 ter ( radiologie) et de l'article 20 §1 e) ( cardiologie).

Selon le SECM, les codes attestés à l'époque étaient les suivants :

- coronarographie (464122 ou 464144),
- angiocardiopneumographie (464085 ou 464100) ou code plafond (464962 ou 464984),
- cathétérisme par voie artérielle (476066),
- analyse quantitative au moyen d'un ordinateur de ventriculogramme avec au moins le calcul du volume systolique final, du volume diastolique final et de la fraction d'éjection, deux mesures au minimum, avec protocole (476184),
- parfois radiographie de l'aorte (464240),
- plus rarement, épreuve pharmacodynamique (475543).

Donc, avant 2012, le code de coronarographie était couramment attesté conjointement avec le code de cathétérisme par voie artérielle (476066). Les prestations citées au libellé du code de cathétérisme artériel (476066) étaient réalisées lors de la coronarographie, soit des enregistrements de courbes de pressions à différents niveaux...

Le groupe de travail du Conseil Technique Médical a toutefois décidé de simplifier cette situation, et de ne garder plus qu'un seul code pour la coronarographie par cathétérisme cardiaque, à savoir le code 464170-476081.

Le changement de nomenclature de la coronarographie a tenu compte de la situation antérieure, c'est-à-dire des codes attestés concomitamment à une coronarographie, à savoir angiographie, cathétérisme cardiaque gauche, calcul de la fraction d'éjection et les a intégrés dans le nouveau code cité ci-avant.

Le Docteur A. et l'ASBL B. ont déposé dans leur dossier de pièces les rapports de discussions préliminaires du Conseil Technique Médical en 2009 et 2010 au sujet de cette simplification.

---

<sup>1</sup> Arrêté royal du 26 octobre 2011 modifiant les articles 17, § 1er, 17ter, A et B, 20, § 1er, e), 24, § 2, 25, §§ 1er et 3, 26, §§ 9 et 12, et 34, § 1er, a), de l'annexe à l'Arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, MB 25 novembre 2011 et l'Arrêté royal du 26 octobre 2011 modifiant l'article 20, §§ 1er, a) et c), et 2, de l'annexe à l'Arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, MB 25 novembre 2011. Entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2012.

Le SECM expose dans ses conclusions que :

*« Lors du changement de nomenclature, les anciens codes de coronarographie et d'angio-cardiopneumographie ont été supprimés . Le code 476066 a subsisté de sorte à pouvoir honorer les cathétérismes cardiaques par voie artérielle qui se font en dehors de toute coronarographie.*

*La prestation de cathétérisme par voie artérielle (476066) a été intégrée dans le code de coronarographie avec une interdiction explicite de cumul avec le nouveau code de coronarographie.*

*En conséquence, faisant suite au changement de nomenclature, l'attestation du code 476066 ( cathétérisme par voie artérielle ) a drastiquement diminué. Le nombre de codes 476066 attestés est passé de 56.873 en 2010 à 1.758 en 2013. Cette chute du nombre de codes 476066 est en rapport avec l'apparition de l'interdiction de cumul avec la coronarographie car avant 2012, le code 476066 était facturé en association avec la coronarographie comme le montre le rapport en 2010 entre le nombre de codes de coronarographie (464122 et 464144) et les codes 476066 qui est presque de 1 pour 1 (61.720 / 56.873) ».*

### 3.3. Objet de la discussion en l'espèce

La discussion dans le présent dossier concerne le cumul entre le code pour la coronarographie (**464170-464181 ou 464192-464203**) et le code pour le cathétérisme cardiaque gauche et droit combiné (**476070-476081**).

Selon le SECM, la prestation **476070-476081** (cathétérisme cardiaque par voies veineuse et artérielle) est identique à la prestation **476055-476066** (cathétérisme cardiaque par voie artérielle) mais comporte en plus un cathétérisme par voie veineuse.

Le SECM estime en conséquence que le code 476070-476081 ne peut pas être porté en compte ou cumulé avec un des codes de coronarographie étant donné que les codes de coronarographie comprennent déjà la prestation du cathétérisme cardiaque gauche. Le SECM conclut que seul un code de cathétérisme par voie veineuse (**476011-476022**) pouvait être attesté à condition que la prestation ait été réalisée et soit conforme au libellé de la prestation.

Sur cette base, le SECM calcule un indu différentiel.

Les codes en discussion sont donc les suivants :

464170 – 464181	Coronarographie digitale par cathétérisme	N
464192 – 464203	Coronarographie digitale par cathétérisme cardiaque avec minimum deux séquences filmées par pontage	N
476011 – 476022	cathétérisme par voie veineuse	K80
476055 – 476066	cathétérisme par voie artérielle	K134
476070 – 476081	cathétérisme par voies veineuse et artérielle	K266

## 5. Quelques explications de termes médicaux utilisés

Pour cerner correctement l'enjeu de la discussion, il paraît indispensable de fournir quelques précisions sur des termes médicaux/techniques utilisés dans la nomenclature<sup>2</sup> :

- ✓ **L'angiographie** est une technique d'imagerie médicale portant sur les vaisseaux sanguins qui ne sont pas visibles sur des radiographies standards. Elle impose l'injection d'un produit de contraste lors d'une imagerie par rayons X.
- ✓ **La coronarographie** est une angiographie des artères coronaires. Le but est d'opacifier les artères coronaires afin de diagnostiquer la maladie coronaire. Un cathéter millimétrique est introduit, soit par l'artère radiale qui se situe au niveau du poignet, soit par l'artère fémorale qui se trouve au niveau du pli inguinal, dans l'origine des artères coronaires qui naissent de l'aorte (et donc pas du cœur).
- ✓ **La ventriculographie** est une angiographie du ventricule gauche. Le but est de lire la fonction de contraction du muscle cardiaque.
- ✓ **Un cathétérisme** est l'introduction d'un cathéter dans un vaisseau sanguin. Le but du cathétérisme cardiaque (par voie artérielle, par voie veineuse, ou par voies artérielle et veineuse combinées) est de poser un diagnostic hémodynamique avec enregistrement des pressions intracavitaires à différents niveaux, de faire des prélèvements sanguins afin de mesurer le débit cardiaque et de répéter éventuellement ces mesures au cours d'un stress physique ou pharmacologique.
  - Un cathétérisme cardiaque par voie artérielle est un synonyme pour un cathétérisme cardiaque gauche. Le cathéter est inséré dans le ventricule gauche (donc dans le cœur).
  - Un cathétérisme cardiaque par voie veineuse est un synonyme pour un cathétérisme cardiaque droit. Le cathéter est inséré dans l'artère pulmonaire et le ventricule droit.
  - Il existe aussi un cathétérisme cardiaque artérielle et veineuse combiné, ou gauche et droit combiné.

Dans cette hypothèse, l'objectif est de poser un diagnostic hémodynamique complexe dans certaines situations cliniques nécessitant avec enregistrement simultané des pressions à différents niveaux, de faire des prélèvements sanguins multiples et éventuellement de répéter ces mesures au cours d'un stress physique ou pharmacologique.

Selon le Docteur A. et l'ASBL B., un cathétérisme cardiaque gauche et droit combiné est donc un examen complexe, requiert du personnel supplémentaire et, au minimum, double le temps de l'examen. Il s'agit bien plus que l'adjonction d'un cathétérisme cardiaque gauche au cathétérisme cardiaque droit.

Le cathétérisme gauche et droit combiné n'est appliqué qu'auprès d'une minorité de patients souffrant d'affections valvulaires ou d'insuffisance

---

<sup>2</sup> Ces explications ont été fournies par chacune des parties dans leurs conclusions et à l'audience du 20 janvier 2022 à l'aide d'une projection de slides.

cardiaque, pour mesurer les pressions afin d'évaluer la sévérité des lésions valvulaires ou de l'insuffisance cardiaque. Un cathétérisme gauche et droit combiné n'est donc pas souvent indiqué.

## **6. Position de la Chambre de première instance**

### **5.1. Rappel des principes applicables en matière d'interprétation de la Nomenclature des prestations de santé**

#### **➤ La Nomenclature des soins prestations de santé**

L'article 34 de la loi ASSI énumère les prestations de soins de santé.

L'article 35§1<sup>er</sup> de la loi précise que « *Le Roi établit la nomenclature des prestations de santé, à l'exception des prestations mentionnées à l'article 34, alinéa 1er, 4° bis, 5°, 19° et 20° bis. Cette nomenclature énumère lesdites prestations, en fixe la valeur relative et précise, notamment, ses règles d'application, ainsi que la qualification requise de la personne habilitée à effectuer chacune d'elles. Le cas échéant, des tarifs différents peuvent être appliqués pour une même prestation selon que le dispensateur de soins réponde ou non à des conditions supplémentaires, autres que celles relatives à la qualification, telles que prévues dans la nomenclature.* ».

En exécution de cette disposition, l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités et son annexe fixent la liste des prestations de santé pour lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient, dans quelle mesure et selon quelles conditions.

Selon la cour constitutionnelle, « *Afin de limiter et de conserver la possibilité de maîtriser les dépenses de l'assurance maladie-invalidité, il relève en principe du seul pouvoir du législateur de décider quelles sont les prestations de santé remboursables par l'assurance soins de santé et de modifier sa politique dans ce domaine, sans que la Cour puisse substituer son appréciation en la matière à celle du législateur.* »<sup>3</sup>.

Selon l'article 35, §2 de la loi, le Roi peut apporter des modifications à la nomenclature des prestations de santé visée au § 1er :

1° sur la base de la proposition formulée d'initiative par le conseil technique compétent, soumise à la commission de conventions ou d'accords correspondante qui décide de sa transmission au Comité de l'assurance (et à la Commission de contrôle budgétaire) ;

2° sur la base de la proposition formulée par le conseil technique compétent à la demande (du Ministre ou) de la commission de conventions ou d'accords correspondante. (Ces propositions sont communiquées au Comité de l'assurance) (et à la Commission de contrôle budgétaire) ;

3° sur la base de la proposition élaborée par la commission de conventions ou d'accords compétente ou par le Ministre ou le Comité de l'assurance, maintenue dans son texte original ou amendée après avoir été soumise à l'avis du conseil technique compétent, cet avis est censé être donné s'il n'est pas formulé dans le délai d'un mois à dater de la demande.

<sup>3</sup> C.C., 3 mars 2016, R.G. n° 36/2016, [www.const-cour.be](http://www.const-cour.be)

➤ **La nomenclature est d'ordre public et de stricte interprétation**

La jurisprudence constante, tant des juridictions du travail que du Conseil d'Etat, décide que la nomenclature des prestations de soins de santé est d'ordre public et de stricte interprétation<sup>4</sup>.

Selon la Cour du travail de Bruxelles, les conditions retenues dans la nomenclature pour l'intervention de l'assurance soins de santé sont d'ordre public, ce qui signifie qu'elles doivent être interprétées strictement (et non restrictivement). Même dans une interprétation stricte, le sens de la règle doit être recherché. L'intention des rédacteurs de la nomenclature doit prévaloir<sup>5</sup>.

Il a également été jugé que : « *dès lors qu'une norme applicable de la nomenclature des soins de santé est parfaitement claire, elle ne peut être sujette à interprétation et par conséquent, il n'est pas permis au juge d'y ajouter lors du libellé de la mission de l'expert.* »<sup>6</sup>.

Dans la même perspective, le Conseil d'État rappelle régulièrement qu'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<sup>7</sup>.

En toute hypothèse, les obscurités du texte doivent se comprendre dans un sens favorable au dispensateur faisant l'objet de poursuites<sup>8</sup>. Dans un arrêt du 2 octobre 2003, le Conseil d'état a décidé à cet égard (traduction libre):

« *Considérant que, lorsque la nomenclature définit une prestation donnée, le numéro de code afférant est applicable ; que, si les auteurs de la nomenclature, veulent réserver un numéro de la nomenclature à une prestation exécutée d'une manière particulière ils doivent le formuler dans la nomenclature elle-même, d'une manière non équivoque; que le mémoire en défense ne fait pas référence à une telle disposition en termes concrets; que la défense de la partie défenderesse consiste essentiellement à affirmer qu'il faut déduire de la structure de la nomenclature que les interventions chirurgicales ne correspondent à un nombre déterminé que lorsqu'elles sont effectuées de manière traditionnelle ; que la nomenclature doit être clairement formulée et ne pas être interprétée par déduction, notamment au vu des sanctions prévues en cas de non-respect de celle-ci ; que le moyen est fondé* »<sup>9</sup>.

<sup>4</sup> Cass. 20 novembre 2017, C.15.0213.N, jurportal – (sommaire) *Ch.D.S.*2018, p. 413 ; C. trav. Bruxelles, 14 février 2018, R.G. n° 2016/AB/947, sur [www.terralaboris.be](http://www.terralaboris.be) ; C. trav. Bruxelles, 21 mai 2015, R.G. n° 2014/AB/1097, [www.terralaboris.be](http://www.terralaboris.be) ; C. trav. Gand, 26 mars 2004, *Chr. dr. soc.*, 2004, p. 352 ; C. trav. Anvers (div. Anvers), 8 novembre 2005, R.G. n° 2050089, *inédit* ; T.trav. Hainaut (div Charleroi) 2 mars 2020, *JLMB* 2021, p. 950 ; C.E. 9 mars 2020, arrêt n°247.257 ; voir également S. HOSTAUX, *Le droit de l'assurance santé et indemnités*, Larcier, 2009, p. 90.

<sup>5</sup> C.trav Bruxelles 6 mai 2021, RG 2018/AB/37, disponible sur [terralaboris.be](http://terralaboris.be).

<sup>6</sup> C. trav. Liège, 18 septembre 1998, R.G. n° 26.560/07, *Rép. jur. I.N.A.M.I*

<sup>7</sup> C.E. 9 mars 2020, arrêt n°247.257.

<sup>8</sup> S. HOSTAUX, *Le droit de l'assurance santé et indemnités*, Larcier, 2009, p. 90 et les références citées.

<sup>9</sup> C.E., 2 octobre 2003, arrêt n° 123.741 ; voir aussi C.E., 27 février 2003, arrêt n° 116.561, et C.E., 4 mars 2004, arrêt n° 128.759.

### ➤ Principe de légalité des poursuites

Il est généralement admis que la loi présente un caractère pénal lorsqu'elle prévoit des sanctions pécuniaires lourdes en cas de non-respect de ses dispositions.

Le principe de légalité en matière pénale est alors applicable.

La Cour constitutionnelle a décidé, à plusieurs reprises, que le principe de légalité en matière pénale procède de l'idée que la loi pénale doit être formulée en des termes qui permettent à chacun de savoir, au moment où il adopte un comportement, si celui-ci est ou non punissable. Il exige que le législateur indique, en des termes suffisamment précis, clairs et offrant la sécurité juridique, quels faits sont sanctionnés, afin, d'une part, que celui qui adopte un comportement puisse évaluer préalablement, de manière satisfaisante, quelle sera la conséquence pénale de ce comportement et afin, d'autre part, que ne soit pas laissé au juge un trop grand pouvoir d'appréciation. Toutefois, le principe de légalité en matière pénale n'empêche pas que la loi attribue un pouvoir d'appréciation au juge<sup>10</sup>.

Appliqué aux dispositions précitées de la loi ASSI, dont il n'est pas contesté qu'elles présentent un caractère pénal vu les sanctions prévues à l'article 142, il découle de ce principe de légalité que la Chambre de première instance ne dispose pas de la compétence pour apprécier quels traitements médicaux doivent être pris en considération pour un remboursement selon l'état de la science le plus récent. Si le prestataire de soins est d'avis que la nomenclature est dépassée, il ne lui appartient pas de la mettre de côté. Il doit prendre les initiatives requises auprès des instances compétentes et inciter à actualiser la nomenclature<sup>11</sup>.

L'arrêt précité du Conseil d'état du 2 octobre 2003 fait également application de ces principes.

La Chambre de première instance dispose toutefois de la compétence pour interpréter la nomenclature, étant entendu que cette interprétation ne vaut qu'entre parties<sup>12</sup>.

---

<sup>10</sup> Voir notamment C.C. 6 juin 2013, n°77/2013

<sup>11</sup> C.E. 3 octobre 2005, arrêt n° 149.700.

<sup>12</sup> Chambre de première instance (nl) 18 avril 2011, pièce 7 du dossier des parties défenderesses

## 5.2. Application en l'espèce

### **5.2.1. Position du Docteur A. et de l'ASBL B.**

Le Docteur A. et l'ASBL B. ne contestent pas que l'article 17ter A, 5° NPS interdit le cumul entre le code pour la coronarographie (464170-464181 ou 464192-464203) et le code de cathétérisme cardiaque gauche (476055-476066).

Cette interdiction résulte clairement du libellé de l'article 17ter, A, 5° de la NPS qui stipule pour le code 464170 – 464181 (et le code 464192-464203):

*« Une angiographie du ventricule gauche avec ou sans l'aorte thoracique, y compris le cathétérisme cardiaque gauche et le calcul de la fraction d'éjection du ventricule gauche font partie intégrante de la présente prestation excepté chez les patients dont la situation médicale ne permet pas une extension de l'examen. Pour ces patients, la motivation médicale pour la limitation de l'examen est conservée dans le dossier médical. »*

En revanche, ils considèrent que la nomenclature ne contient nulle part une interdiction explicite de cumul entre le code pour la coronarographie (464170-464181 ou 464192-464203) et le code pour le cathétérisme cardiaque gauche et droit combiné (476070-476081).

Si l'intention des auteurs de la nomenclature avait été de prévoir une telle interdiction, cela aurait été inclus dans le texte de la nomenclature elle-même, comme c'est par exemple le cas pour l'interdiction de cumul entre le code pour la coronarographie (464170-464181) et le code pour le cathétérisme cardiaque gauche (476055-476066), ou pour l'interdiction de cumul entre le code pour l'examen électrophysiologique (476276-476280) et le code pour le cathétérisme cardiaque gauche et droit combiné (476070-476081).

Le Docteur A. et l'ASBL B. considèrent que, en stipulant que de l'interdiction de cumul entre le code pour la coronarographie (464170-464181) et le code pour le cathétérisme cardiaque gauche (476055-476066) découlerait également une interdiction de cumul entre le code pour la coronarographie (464170-464181) et le code pour le cathétérisme cardiaque gauche et droit combiné (476070-476081), le SECM interprète la nomenclature par déduction et arrive ainsi à une interprétation contraire au texte clair de la nomenclature.

Or, comme le texte de la nomenclature est clair ici, une telle interprétation par déduction est interdite. Cela a clairement été confirmé dans l'arrêt susmentionné du Conseil d'État du 2 octobre 2003.

### **5.2.2. Position de la Chambre de première instance**

**La Chambre de première instance constate que le texte de l'article 17ter A, 5° NPS est clair** : le seul cumul interdit est celui entre le code pour la coronarographie (464170-464181 ou 464192-464203) et le code de cathétérisme cardiaque gauche (476055-476066).

Le texte ne fait aucune allusion à une interdiction de cumul entre le code pour la coronarographie (464170-464181 ou 464192-464203) et le code de cathétérisme cardiaque droit (476055-476022) ou entre le code pour la coronarographie (464170-464181) et le code de cathétérisme cardiaque gauche et droit combiné (476055-476081).

**Il ne peut donc faire l'objet d'une interprétation par le SECM.**

**La Chambre de première instance estime d'ailleurs que l'interprétation donnée par le SECM au texte de l'article 17ter A, 5° ne découle nullement de l'intention des auteurs de la modification de la nomenclature.**

**L'intention des auteurs de la modification de la nomenclature concernant ces examens n'a pas été d'exclure ce cumul.** Cela ressort des éléments suivants :

- *Les rapports du CTM (Conseil Technique Médical) relatifs aux discussions ayant précédé la modification (3 décembre 2009, 25 janvier 2010, 15 avril 2010 et 11 mai 2010)<sup>13</sup>. Selon ces rapports :*
  - Les buts de la modification de la nomenclature était essentiellement la simplification de celle-ci « *qui apporte une clarté incontestable* » mais aussi d'être budgétairement neutre <sup>14</sup> ;
  - Les experts au sein du CMT (dont faisait partie le Docteur A.) ont choisi d'inclure le montant du code pour le cathétérisme cardiaque gauche (476055-476066) dans celui de la coronarographie (464170-464181) car une ventriculographie est presque toujours réalisée en même temps ;
  - On craignait aussi qu'en l'absence d'une interdiction explicite de cumul entre les deux codes, on continuerait à cumuler encore le code pour le cathétérisme cardiaque gauche (476055-476066) avec le code pour la coronarographie (464170-464181), dans les cas où on ne fait qu'une coronarographie (et pas également une angiographie du ventricule gauche) ;
  - Dans les discussions menées en 2010, il avait initialement été évoqué par le Conseil Technique Médical d'aussi interdire le cumul des prestations 464170-464181 (la coronarographie) et 476070-476081 (le cathétérisme cardiaque gauche et droit combiné) mais finalement les experts ont explicitement convenu avec le Conseil Technique Médical de ne pas interdire ce cumul, car la finalité/le but et les indications de ces deux examens sont totalement différents.

A cet égard, les parties défenderesses indiquent dans leurs conclusions :

*« En effet, dans le cathétérisme cardiaque gauche associé à la coronarographie, le but n'est que soit de permettre la réalisation d'une angiographie du ventricule gauche, soit la mesure des pressions ventriculaires, soit les deux.*

*Dans le cas du cathétérisme cardiaque gauche et droit combiné, l'objectif est de poser un diagnostic hémodynamique complexe dans certaines situations cliniques nécessitant avec enregistrement simultané (et ceci est très important !) des pressions à différents niveaux, de faire des prélèvements sanguins multiples et éventuellement de répéter ces mesures au cours d'un stress physique ou pharmacologique.*

<sup>13</sup> Pièces 1 à 4 du dossier des parties défenderesses.

<sup>14</sup> Voir notamment le rapport du 25 janvier 2010.

*Un cathétérisme cardiaque gauche et droit combiné est donc un examen complexe, requiert du personnel supplémentaire et, au minimum, double le temps de l'examen. Il s'agit bien plus que l'adjonction d'un cathétérisme cardiaque gauche au cathétérisme cardiaque droit. En plus, il y a un travail de superposition des courbes de pressions droites et gauches, de calcul d'aire valvulaire, etcetera.*

*Ce travail additionnel est la raison pour laquelle le code du cathétérisme cardiaque gauche et droit combiné vaut donc plus que l'addition des codes de cathétérisme cardiaque gauche et de cathétérisme cardiaque droit .*

*En plus, le cathétérisme gauche et droit combiné n'est appliqué qu'auprès d'une minorité de patients souffrant d'affections valvulaires ou d'insuffisance cardiaque, pour mesurer les pressions afin d'évaluer la sévérité des lésions valvulaires ou de l'insuffisance cardiaque<sup>15</sup>.*

*Un cathétérisme gauche et droit combiné n'est donc pas souvent indiqué. En conséquence, le risque d'abus dans le cas d'un cathétérisme gauche et droit combiné est donc bien moindre que dans le cas d'un cathétérisme gauche (supra V.1.B.2.b)).*

*Il a donc été argumenté par les experts (parmi lesquels le Professeur A.) qu'une interdiction de cumul entre les prestations 464170-464181 (la coronarographie) et 476070-476081 (le cathétérisme cardiaque gauche et droit combiné) n'était pas logique, eu égard à la finalité et les indications différentes pour les deux codes, ainsi qu'au risque d'abus bien moindre que pour la combinaison des prestations 464170-464181 (la coronarographie) et 476055-476066 (le cathétérisme cardiaque gauche).*

*Les minutes de la réunion du 15 avril 2010 l'attestent d'ailleurs (infra V.1.B.2.c),(vi). C'est pourquoi il a finalement délibérément été décidé de ne pas exclure ou interdire le cumul entre le code de la coronarographie (464170-464181) et le code du cathétérisme cardiaque gauche et droit combiné (476070-476081). Seul le cumul entre le code 464170-464181 de la coronarographie et le code 476055-476066 du cathétérisme cardiaque gauche a donc été interdit.».*

- *Si les auteurs de la modification avait eu l'intention d'introduire une interdiction de cumul entre les codes de coronarographie et les codes de cathétérisme cardiaque gauche et droit combiné, un code supplémentaire aurait dû être créé ou on aurait dû augmenter la valeur du code de cathétérisme cardiaque droit.*

La Chambre de première instance relève à cet égard que la valeur des différents codes du cathétérisme cardiaque confirme que le cathétérisme cardiaque gauche et droit combiné est un examen différent des autres cathétérisms cardiaques.

En effet, le cathétérisme combiné gauche et droit n'est pas la simple addition du cathétérisme gauche, d'une part, et le cathétérisme droit, d'autre part.

---

<sup>15</sup> Les chiffres relatifs ... confirment le caractère peu fréquent du cumul incriminé. Le service de cardiologie ... pratique environ 2.500 coronarographies par an. Au cours des 32 mois visés par le SECM, quelques 6.500 coronarographies ont été réalisées. Les 544 cumuls incriminés ne représentent donc qu'une minorité d'actes (8%)

Les valeurs des différents codes de cathétérisme cardiaque sont les suivantes :

- pour le code 476055-476066 (gauche ou artériel): K 134 (€ 185,69)
- pour le code 476011-476022 (droit ou veineux): K 80 (€ 110,86)
- pour le code 476070-476081 (gauche + droit ou artériel + veineux): K 266 (€ 368,61)

Si le code 476070-476081 (cathétérisme cardiaque gauche et droit combiné) était la simple addition du code 476055-476066 (cathétérisme cardiaque gauche) et du code 476011-476022 (cathétérisme cardiaque droit), la valeur du code 476070-476081 aurait dû être K 214 (= K 134 + K 80) et non K 266. Comme le cathétérisme gauche et droit combiné vaut cependant K 266, il vaut donc plus que la somme des deux autres cathétérismes (le cathétérisme gauche et le cathétérisme droit).

- *La nomenclature prévoit expressément d'autres interdictions de cumul telle que l'interdiction de cumul entre l'examen électrophysiologique et le cathétérisme cardiaque gauche et droit combiné.*

Le code de la nomenclature 476276-476280 (examen électrophysiologique) est libellé ainsi:

*« Examen électrophysiologique approfondi sans ablation en vue de l'éveil et de l'arrêt de tachycardies au moyen de trois cathéters ou plus, y compris la prise d'échantillons de sang, les contrôles radioscopiques et électrocardiographiques, l'administration de produits pharmaceutiques et opacifiants, avec protocole et tracés » .*

Il est ensuite précisé ce qui suit:

*« La prestation n° 476276 - 476280 n'est pas cumulable avec la consultation ni avec les prestations n°s 212111-212122, 212214 - 212225, 476011 - 476022, 476033 - 476044, 476055 - 476066, 476070 - 476081 et 476313 – 476324 » »*

Ainsi, pour l'examen électrophysiologique (476276-476280), une interdiction de cumul très claire avec le cathétérisme cardiaque gauche et droit combiné (476070-476081) a été prévue, alors que ce n'est pas le cas pour le cumul entre la coronarographie et le cathétérisme cardiaque gauche et droit combiné.

### **5.2.3. Position de la Chambre de première instance néerlandophone**

La conclusion à laquelle la Chambre de première instance aboutit dans la présente cause, est également celle à laquelle la Chambre de première instance néerlandophone a abouti dans diverses décisions récentes prononcées le 10 janvier 2022<sup>16</sup>.

Dans ces décisions, il a en effet été décidé que :

- Si le législateur avait eu l'intention d'interdire le cumul entre la coronographie et le cathétérisme cardiaque gauche et droit combiné, il l'aurait prévu expressément ;
- L'interdiction de cumul spécifique n'est pas mentionnée expressément et pour en déduire une interdiction de cumul général, il faut faire une trop grande abstraction logique de la réalité juridique et médicale ;
- Il y a dans chaque dossier de patient contrôlé une motivation circonstanciée concernant la nécessité d'accomplir un cathétérisme droit/veineux complémentaire lorsqu'on a besoin d'informations complémentaires à la coronographie exécutée ;
- La nécessité médicale d'accomplir un tel examen est incontestable mais la manière dont cela doit être rémunéré est encore susceptible d'interprétation dans la nomenclature. Le texte de la nomenclature n'est pas univoque ;
- Que le législateur ait eu l'intention d'interdire le cumul entre le cathétérisme gauche et la coronarographie est plausible mais ne peut être déduit de manière incontestable de la nomenclature ;
- La règle doit d'abord être claire avant qu'on puisse juger dans quelle mesure elle a été transgressée.

#### **EN CONCLUSION :**

La Chambre de première instance considère que le SECM ne rapporte pas la preuve que le Docteur A. et l'ASBL B. n'ont pas respecté les dispositions des articles 17ter A, 5° NPS et 20, §1 e) NPS en cumulant le code pour la coronarographie (**464170-464181 ou 464192-464203**) avec le code pour le cathétérisme cardiaque gauche et droit combiné (**476070-476081**).

Le grief n'est dès lors pas établi et la demande doit être déclarée non fondée.

---

<sup>16</sup> Décisions Chambre de première instance NI du 10 janvier 2022 NA/006/20 - NA/007/20 - NA/008/20 – NA/009/20 – NA/010/20 – NA/011/20- NA/012/20 – NA/013/20- NA/014/20- NA/016/20

**PAR CES MOTIFS;  
LA CHAMBRE DE PREMIERE INSTANCE,**

**Statuant contradictoirement,**

Déclare la demande du SECM à l'égard du Docteur A. et l'ASBL B. recevable mais non fondée.

La présente décision est prise par la Chambre de première instance, composée de Madame Pascale BERNARD et des docteurs Georges DESQUIENS, Thibaut DUJARDIN, Philippe LEJEUNE et Elise COLLET.

Et prononcée à l'audience du 10 mars 2022 par Madame Pascale BERNARD, Présidente, assistée de Madame Caroline METENS, greffière.

METENS Caroline  
Greffière

BERNARD Pascale  
Présidente