

**DECISION DU FONCTIONNAIRE-DIRIGEANT DU 10 DECEMBRE 2021
BRS/F/21-011**

Concerne : **Monsieur A.**
Orthopédistes - Groupe I + II + IV Orthopédie, Prothèses et semelles
orthopédiques

**et
SRL B.**

**Décision prise en vertu de l'article 143 §§ 1, 2 et 3 de la loi relative à l'assurance
obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.**

1 GRIEF(S) FORMULE(S)

Un grief a été formulé (voir pour le détail la note de synthèse précitée) concernant Monsieur A., suite à l'enquête menée par les inspecteurs du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI.

En résumé, il lui est reproché :

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 coordonnée le 14 juillet 1994, dans ses arrêtés et règlements d'exécution, dans les conventions et accords conclus en vertu de cette même loi.

Infraction visée à l'article 73bis, 2° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 et tombant sous l'application du prescrit de l'article 142 § 1er, 2° de ladite loi.

1.1. Base légale et réglementaire du grief

14 SEPTEMBRE 1984 - Arrêté royal établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

Chapitre VI - Lunettes et autres prothèses de l'œil, appareils auditifs, bandages, appareils orthopédiques et autres prothèses

Art. 29. § 1^{er}. Sont considérés comme relevant de la compétence des orthopédistes (T)

B. MEMBRES INFÉRIEURS :

Groupe principal II : Cheville et jambe

Préfab

697071	697082	Traitement avec une orthèse d'une fracture de la structure osseuse du pied et/ou de la jambe ou la situation après suture d'une rupture totale du tendon d'Achille. L'orthèse consiste en un segment-pied, un segment-jambe et une semelle de marche (vanaf 1/09/2004)	T	432,99
--------	--------	---	---	--------

1.2. Argumentation

Il apparaît que sont portées en compte des prestations non conformes.

En l'espèce, il s'agit de 39 prestations non conformes 697071–697082 car les indications de remboursement ne sont pas rencontrées.

Dans 39 cas, sur base des prescriptions médicales, la délivrance des walking boots ne concernait le traitement ni d'une fracture de la structure osseuse du pied et/ou de la jambe ni une situation après suture d'une rupture totale du tendon d'Achille.

Pour la période du 1/1/2017 au 6/11/2018 (date de réception par les organismes assureurs), 39 prestations 697071–697082 T432,99 ont été attestées indûment pour 39 assurés.

La prestation 646995 (Cheville, dure, avec ou sans charnières T 105,45) aurait pu être attestée. La différence financière entre les deux codes pour les prestations avant le 1/1/2018 est de : € 703,08 - € 174,80 = € 528,28. Pour les prestations à partir du 1/1/2018 la différence est de: € 714,90 - € 177,74 = € 537,16.

Après l'application de la règle de calcul de l'indu différentiel, l'indu se monte à **20.771,64 €** [20 prestations avant le 1/1/2018 pour un montant de € 10.565,60 (20 x 528,28) + 19 prestations à partir du 1/1/2018 pour un montant de € 10.206,04 (1919 x 537,16)]

1.3 Position et justifications du dispensateur de soins

Suite à l'envoi du procès-verbal de constat au dispensateur de soins et d'une copie de celui-ci à la SRL B., le conseil de cette dernière a fait part de sa position par courrier daté du 30/1/2020.

«Conformément aux dispositions légales susmentionnées, le médecin a le monopole de l'exercice de l'art médical, c'est-à-dire, notamment, l'instauration ou l'exécution du traitement d'un état physique.»

Les professions paramédicales, dont l'orthésiste, sont quant à elles notamment chargées par le législateur de prestations techniques auxiliaires liées à l'exécution du traitement d'un état physique prescrit par un médecin.

En outre ces professions paramédicales, peuvent, dans certains cas et sous la responsabilité et le contrôle des médecins, exécuter certains actes relatifs à l'application du traitement.

Ces actes, dont les orthésistes peuvent être chargés par le médecin, sont repris à l'annexe II b) de l'arrêté royal du 6 mars 1997 relatif au titre professionnel et aux conditions de qualification requises pour l'exercice de la profession de bandagiste, d'orthésiste, de prothésiste et portant fixation de la liste des prestations techniques et de la liste des actes dont le bandagiste, l'orthésiste, le prothésiste peut être chargé par un médecin(voir ci-dessus au point 4 pour la liste des actes).

Tandis que le médecin, qui dispose du monopole de l'exercice de l'art médical, instaure et exécute un traitement d'un état physique, l'orthésiste (profession paramédicale), de son côté, ne réalise que des prestations techniques auxiliaires liées à l'exécution du traitement prescrit par le médecin. En outre, l'ors qu'il y est dûment habilité par le médecin conformément à la législation applicable, l'orthésiste peut exécuter certains actes relatifs à l'application du traitement.

En aucun cas, l'orthésiste n'est habilité à:

- ✦ Procéder à l'examen de l'état de santé d'une personne;*
- ✦ Etablir un diagnostic de l'état de santé d'une personne;*
- ✦ Prescrire l'instauration d'un traitement médical ou modifier la prescription médicale instaurant un traitement médical. »*

« Lorsque le patient remet à notre mandante la prescription médicale faisant état de la nécessité pour ledit patient d'obtenir de notre mandante une botte ou chaussure de marche (appelée également «Bunion Boot»ou«Walking Boot») accompagnée, le cas échéant, de la période durant laquelle ladite botte doit être utilisée par le patient, notre mandante n'est pas juge de l'opportunité de fournir au patient une cheville(dure, avec ou sans charnières) (prestations 646995 –647006) plutôt qu'une botte de marche (segment-pied, segment-jambe ou semelle de marche)(prestations 697071 –697082).

Il ne peut le faire légalement sans s'exposer à des sanctions civiles et pénales.

Il ne peut dès lors en aucun cas être question d'une violation de l'article 73bis de la loi du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

Notre mandante ne procédera par conséquent pas au remboursement volontaire (article 142, §2 de la loi du 14 juillet 1994)du montant réclamé de 20.771,64 € sur base du procès-verbal de l'INAMI dressé en date du16 décembre 2019. »

1.4 Conclusion du grief

Le grief, qui porte sur 39 prestations, concerne 39 assurés.

Pour ce grief, l'indu total a été évalué à 20.771,64 euros.

Il n'a pas été procédé au remboursement volontaire de l'indu.

2 DISCUSSION

2.1. Les moyens de défense :

Au préalable, il convient de souligner que Mr A. n'a pas fait parvenir de moyens de défense, à l'inverse de la SRL B. dont il est un des représentants permanents.

En effet, la SRL B. a fait parvenir ses moyens de défense le 20 septembre 2021.

Dans ceux-ci, sont invoquées les dispositions de la loi du 10 mai 2015 et de l'arrêté royal n° 78 relatifs à l'exercice des professions des soins de santé qui portent sur l'exercice illégal de l'art médical et celles sur les conditions dans lesquelles les médecins peuvent, sous leur responsabilité et leur contrôle, confier à des personnes exerçant une profession paramédicale l'exécution de certains actes préparatoires au diagnostic ou relatifs à l'application du traitement ou à l'exécution de mesures de médecine préventive (*Les articles 3 §1^{er}, al 1 et 2, 122, al 1^{er}, §1^{er}, 1^o, 122, al 1^{er}, §1^{er}, 2^o,d, 69, 23, §1^{er}, al1 de la loi du 10 mai 2015 relatif à l'exercice des professions des soins de santé, les articles*

5, §1^{er}, al 1, 22, 1^o et 23 §1^{er}, al 1 de l'arrêté royal n°78 relatif à l'exercice des professions des soins de santé).

Sont également reprises les dispositions légales encadrant la profession de bandagiste, d'orthésiste et de prothésiste et les prestations techniques dont il peuvent être chargés par un médecin (*Les articles 2, 3, 10, 11 et les annexes I b) et II b) de l'arrêté royal du 6 mars 1997 relatif au titre professionnel et aux conditions de qualification requises pour l'exercice de la profession de bandagiste, d'orthésiste, de prothésiste et portant fixation de la liste des prestations techniques et de la liste des actes dont le bandagiste, l'orthésiste, le prothésiste peut être chargé par un médecin*).

Sur la base des dispositions légales précitées, la SRL B. souligne que le médecin a le monopole de l'exercice de l'art médical comprenant l'instauration et l'exécution du traitement d'un état physique.

L'orthésiste fait partie des professions médicales chargées de prestations techniques auxiliaires liées à l'exécution du traitement prescrit par un médecin. L'orthésiste peut également être chargé par le médecin d'exécuter certains actes relatifs à l'application du traitement.

Il n'est dès lors pas habilité à procéder à l'examen ou à établir un diagnostic de l'état de santé d'une personne, à prescrire l'instauration d'un traitement médical ou encore à modifier la prescription médicale instaurant un traitement médical.

La SRL B. conteste dès lors la position de l'INAMI prise dans le procès-verbal du 16 décembre 2019 et dans la note de synthèse du 21 juillet 2021.

Selon elle, à suivre le raisonnement adopté par l'INAMI, Monsieur A. aurait dû modifier la prescription médicale, qui est un acte relevant du monopole du médecin, pour se conformer à la nomenclature et, singulièrement, aux conditions d'application des prestations 697071 et 697082 à savoir, le traitement avec une orthèse d'une fracture de la structure osseuse du pied et/ou de la jambe ou la situation après suture d'une rupture totale du tendon d'Achille. Suivre une telle position reviendrait à les exposer, en vertu des dispositions légales précitées, à des sanctions civiles et pénales.

Elle cite, à titre d'exemple, la prestation visant l'assurée C. dont la prescription médicale, du 3/09/2018, établie par le Docteur D., mentionne « R/ Botte de marche – D/ entorse cheville. Monsieur A. aurait dû, en suivant le raisonnement de l'INAMI, modifier la prescription médicale en violation de la législation.

Elle relève que l'INAMI considère que, dans les 39 cas, sur la base des prescriptions médicales, la délivrance des bottes de marche ne concernait ni le traitement d'une fracture osseuse du pied et/ou de la jambe ni une situation après suture totale du tendon d'Achille. Elle ne peut pas souscrire à cette thèse.

Elle soulève, à cet égard, que la prescription du 2 juin 2017, rédigée par le Docteur E., qui concerne le patient F., mentionne explicitement l'existence d'une fracture de la structure osseuse (fracture du tubercule latéral de l'astragale gauche). La prescription répond, dès lors, aux conditions légales pour bénéficier du remboursement de la part de l'INAMI.

Elle soutient que, en ce qui concerne les 38 autres prestations, l'absence de la mention relative à la pathologie sur la prescription n'implique pas l'absence ou l'inexistence de cette pathologie. Il revient à l'orthopédiste de communiquer avec ses patients pour déterminer quels sont leurs besoins en tenant compte de leur état de santé pour délivrer

un appareil orthopédique adapté. Il n'est pas requis que l'orthésiste pose un diagnostic, compétence du médecin.

Quand un patient informe l'orthésiste d'une fracture du pied ou d'une rupture du tendon d'Achille, ce dernier peut légitimement en déduire que la pathologie est établie compte tenu de la spécificité des appareils orthopédiques prescrits et de la relation de confiance qui doit exister entre le patient et son orthésiste.

La SRL B. soulève ensuite que le SECM de l'INAMI aurait négligé les principes de bonne administration et reprend un arrêt du Conseil d'Etat du 28 avril 2016 (n°234.572) qui rappelle que la confiance légitime implique que l'administré doit pouvoir compter sur une ligne de conduite claire de l'administration.

Elle cite la doctrine et relève que, selon un arrêt de la Cour de cassation (arrêt du 27 mars 1992), le principe de sécurité juridique, qui fait partie des principes de bonne administration, implique que le citoyen doit pouvoir faire confiance à ce qu'il ne peut concevoir autrement que comme une règle de conduite fixe de l'administration. Ce principe oblige ainsi les services publics à honorer les prévisions justifiées qu'ils ont fait naître dans le chef des citoyens » (P.Goffaux et *al.*, « Les grands arrêts du droit administratif, Bruxelles, Larcier, 2021, p.147- obs. sous Cass (1^{ère} ch.), 27 mars 1992, Pas.1992, p.680).

Sur cette base, elle relève que Monsieur A. est agréé et conventionné auprès de l'INAMI depuis le 1^{er} octobre 2006 et qu'il exerce le métier d'orthopédiste (orthésiste) depuis presque 15 années. Pendant cette période, le SECM n'a jamais eu aucun grief à lui soumettre. La note de synthèse émanant du SECM relève, à cet égard, l'absence d'antécédents relatifs à la réglementation SSI.

La SRL B. estime donc que Monsieur A. a donc pu considérer qu'il exécutait son travail de manière conforme aux attentes de l'administration. Face à ce qu'il ne pouvait concevoir autrement que comme une règle de conduite fixe de l'administration, grande a été sa surprise quand il a découvert le montant réclamé par l'INAMI.

En agissant de la sorte, l'INAMI aurait méconnu le principe de confiance légitime et porté atteinte à la sécurité juridique.

La SRL B. invoque enfin le principe de proportionnalité qui concerne, quant à lui, les sanctions et qui « implique qu'il doit exister un rapport raisonnable entre les faits reprochés et les effets de la sanction » (J.-F. Neven et S. Gilson, La sécurité sociale des travailleurs salariés, Bruxelles, Larcier, 2010, p.529 et suivantes).

Sur cette base, elle considère qu'un avertissement préalable à toute sanction aurait été suffisant pour actualiser et adapter le comportement de Monsieur A. en connaissance de cause. Elle estime qu'un tel avertissement aurait été de meilleure administration compte tenu de l'importante somme réclamée par l'INAMI.

2.2. La réponse du SECM aux moyens de défense

Sur l'exercice de l'art médical, des professions paramédicales et des professions des soins de santé :

La SRL B. soulève que l'orthésiste n'est pas habilité à procéder à l'examen ou à établir un diagnostic de l'état de santé d'une personne, à prescrire l'instauration d'un traitement médical ou modifier la prescription médicale instaurant un traitement médical, s'agissant de compétences dévolues au praticien de l'art médical.

Elle considère que, à suivre le raisonnement adopté par l'INAMI, Monsieur A. aurait dû modifier la prescription médicale, qui est un acte relevant du monopole du médecin, pour se conformer à la nomenclature et, singulièrement, aux conditions d'application des prestations 697071 et 697082 à savoir, le traitement avec une orthèse d'une fracture de la structure osseuse du pied et/ou de la jambe ou la situation après suture d'une rupture totale du tendon d'Achille. Suivre une telle position revient, selon elle, à s'exposer, en vertu des dispositions légales précitées, à des sanctions civiles et pénales.

Cependant, ce n'est nullement la position qui a été adoptée par l'INAMI dans le procès-verbal du 16 décembre 2019 et dans la note de synthèse du 21 juillet 2021.

En effet, le grief qui est formulé est (nous soulignons) « 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 coordonnée le 14 juillet 1994, dans ses arrêtés et règlements d'exécution, dans les conventions et accords conclus en vertu de cette même loi. »

Eu égard à l'examen des prescriptions qui ont donné lieu aux prestations litigieuses, Monsieur A. ne pouvait pas attester les prestations sous le code de nomenclature 697071–697082 car les indications de remboursement n'étaient pas rencontrées au regard des prescriptions examinées.

En effet, les prestations peuvent être encodées sous les numéros de nomenclature 697071–697082 à la condition qu'il s'agisse du traitement avec une orthèse d'une fracture de la structure osseuse du pied et/ou de la jambe ou la situation après suture d'une rupture totale du tendon d'Achille.

Les prescriptions remises dans les cas repris au grief ne mentionnant pas que l'orthèse était prescrite suite à une fracture de la structure osseuse du pied et/ou de la jambe ou encore après suture d'une rupture totale du tendon d'Achille, le prestataire pouvait attester un autre code de nomenclature sans pour cela effectuer une autre prestation que celle prescrite. Il pouvait, à cet égard, attester la prestation prescrite sous le code 646995- 647006 (Chevillière, dure, avec ou sans charnières T 105,45).

Il s'agit ici d'attester une prestation sous le bon code de nomenclature et non d'empiéter sur les compétences du praticien de l'art médical en établissant un diagnostic de l'état de santé d'une personne ou encore en modifiant la prescription médicale instaurant un traitement médical.

Il n'est donc pas reproché à Mr A. de ne pas avoir modifié la prescription médicale mais d'avoir utilisé un code de la nomenclature des prestations de santé inapproprié au regard de la prescription médicale.

La SRL B. met en exergue, à titre d'exemple, la prestation visant l'assurée C. dont la prescription médicale, du 3/09/2018, établie par le Docteur D., mentionne « R/ Botte de marche – D/ entorse cheville.

Dans la prescription, la botte de marche est prescrite dans le cadre du traitement d'une entorse de la cheville et non pour le traitement avec une orthèse d'une fracture de la structure osseuse du pied et/ou de la jambe ou la situation après suture d'une rupture totale du tendon d'Achille. La prestation ne pouvait dès lors pas être attestée sous le code de nomenclature 697071–697082. A cet égard, la prestation telle que prescrite pouvait être réalisée mais attestée sous un autre code, le code 646995- 647006.

A bon droit, la SRL B. relève que la prescription du 2 juin 2017, rédigée par le Docteur E., qui concerne le patient F., mentionne explicitement l'existence d'une fracture de la structure osseuse (fracture du tubercule latéral de l'astragale gauche) et qu'elle répond, dès lors, aux conditions légales pour bénéficier du remboursement de la part de l'INAMI. Cette prestation pouvait en effet être attestée sous le code de nomenclature 697071.

Le montant de l'indu réclamé doit, dès lors, être adapté. Cette prestation pouvant être attestée sous le code 697071, elle pouvait donner lieu au remboursement du montant de 703,08 euros.

L'indu total réclamé doit donc être corrigé et ramené à un montant de 20.243,36 euros (19 prestations avant le 1/01/2018 pour un montant de 10.037,32 euros – 19x 528,28 euros- et 19 prestations à partir du 1/01/2018 pour un montant de 10.206,04 euros – 19x 537,16 euros-).

La SRL B. soutient enfin que, en ce qui concerne les 38 autres prestations, l'absence de la mention relative à la pathologie sur la prescription n'implique pas l'absence ou l'inexistence de cette pathologie. Il revient à l'orthésiste de communiquer avec ses patients pour déterminer quels sont leurs besoins en tenant compte de leur état de santé pour délivrer un appareil orthopédique adapté. Il n'est pas requis que l'orthésiste pose un diagnostic, compétence du médecin prescripteur. Lorsqu'un patient déclare avoir une fracture du pied ou une rupture du tendon d'Achille, le prestataire de soins ne peut que légitimement en déduire que la pathologie est établie, compte tenu de la spécificité des appareils orthopédiques prescrits et de la relation de confiance qui doit régner entre un patient et son orthopédiste.

Le SECM ne peut pas adhérer à cet argument.

En effet, eu égard à la législation en vigueur qui encadre l'exercice des professions des soins de santé et celle, spécifique, à la profession de bandagiste, d'orthésiste, de prothésiste, c'est le praticien de l'art médical qui confie l'exécution des prestations techniques et de certains actes à l'orthésiste.

A cet égard, l'article 10 de l'arrêté royal du 6 mars 1997 relatif au titre professionnel et aux conditions de qualification requises pour l'exercice de la profession de bandagiste, d'orthésiste, de prothésiste et portant fixation de la liste des prestations techniques et de la liste des actes dont le bandagiste, l'orthésiste, le prothésiste peut être chargé par un médecin prévoit que (nous soulignons) :

*« § 1. La liste des prestations techniques, visées à l'article 23, § 1er, alinéa 1er, de l'arrêté royal n° 78, précité, figure, quant aux bandagistes, orthésistes et prothésistes, respectivement à l'annexe I a), I b), et I c) au présent arrêté.
§ 2. Les prestations techniques, visées au § 1er requièrent une prescription médicale circonstanciée. ».*

Ainsi, comme l'affirme la SRL B., le diagnostic étant de la compétence du médecin sous la supervision duquel l'orthésiste travaille, si la mention de la pathologie ne figure pas sur la prescription, l'orthésiste doit s'adresser au prescripteur pour pouvoir réaliser la prestation sur la base d'une prescription médicale circonstanciée et non se fier aux seules affirmations orales données par les patients quant à leur pathologie.

Le SECM ne peut raisonnablement pas considérer que les indications de remboursement pourraient être rencontrées sur la base des seules affirmations ou attentes des patients, ce qui rendrait au demeurant impossible tout contrôle *a posteriori* et rendrait inopérantes, voire inutiles, les conditions posées par la nomenclature des soins de santé qui est d'ordre public.

Il convient enfin de rappeler que le respect de la réglementation est une obligation personnelle du dispensateur de soins peu importe la complexité du droit social¹.

Un prestataire de soins a un devoir de vigilance et doit s'informer sur la manière d'attester et de prescrire les soins qu'il dispense.² Rien ne l'empêchait au demeurant de prendre des renseignements auprès du Service du contrôle médical s'il avait des doutes à ce sujet³.

Monsieur A. a donc, en tant que prestataire de soins, l'obligation personnelle de respecter la réglementation et de faire montre de vigilance dans la manière d'attester. Il ne suffit pas de se fier aux seules affirmations orales données par les patients quant à leur pathologie. Ainsi, si l'orthésiste atteste les soins sous le code de nomenclature prévu pour le traitement avec une orthèse d'une fracture de la structure osseuse du pied et/ou de la jambe ou la situation après suture d'une rupture totale du tendon d'Achille, il doit, si la prescription médicale n'est pas suffisamment circonstanciée, s'adresser au praticien de l'art médical pour s'assurer du diagnostic et veiller à disposer du document lui permettant d'attester sous ce code.

Sur les principes de bonne administration :

La SRL B. rappelle que le Conseil d'Etat considère que la confiance légitime implique que l'administré doit pouvoir compter sur une ligne de conduite claire de l'administration et reprennent les enseignements de l'arrêt du 27 mars 1992 de la Cour de cassation selon lesquels « *Les principes généraux de bonne administration comportent le droit à la sécurité juridique; que ces principes s'imposent aussi à l'administration des finances; Que le droit à la sécurité juridique implique notamment que le citoyen doit pouvoir faire confiance à ce qu'il ne peut concevoir autrement que comme étant une règle fixe de conduite et d'administration; qu'il s'ensuit qu'en principe, les services publics sont tenus d'honorer les prévisions justifiées qu'il ont fait naître dans le chef du citoyen* ».

Trois conditions doivent être rencontrées pour que le principe de confiance légitime trouve à s'appliquer : Il faut « une erreur de l'administration à la suite de laquelle un avantage a été attribué à un administré, avantage qui ne peut être retiré à l'administré en l'absence de très bonnes raisons susceptibles de justifier ce retrait ».⁴

On vise donc des erreurs commises par l'administration ayant suscité un revirement d'attitude, de sa part, par la suite.

¹ Chambre de première instance, le 19/08/2021, FA-005-19
https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/jurisprudence_cpi_kinesitherapeute_20210819_1.pdf

² Chambre de recours, le 14/11/2019, FB- 005-18
https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/jurisprudence_cr_infirmier_20191114_1.pdf

³ CE, arrêt n°100.814, 14 novembre 2001

⁴ V. Scoriels, Le principe de confiance légitime en matière fiscale et la jurisprudence de la Cour de cassation, J.T., avril 2003, p. 301 et s.).

Dans le cas présent, il n'est pas du tout question d'une erreur administrative, ni d'un quelconque revirement d'attitude, mais il s'agit en réalité d'une "erreur" dans l'usage des numéros de nomenclature commise par Monsieur A. lui-même.

La jurisprudence citée par la SRL B. n'est pas pertinente en l'espèce. Dans l'arrêt de la Cour de cassation cité, elle admet l'application du principe de confiance dans le cadre d'un accord individuel conclu en matière fiscale.

Dans le cas présent, le SECM n'a jamais émis un quelconque accord sur l'usage de ce code de nomenclature en dehors des indications de remboursement prévues.

La SRL B. souligne que, depuis 15 années, le SECM n'a jamais eu aucun grief à l'égard de Monsieur A. et relève son absence d'antécédents relatifs à la réglementation SSI. Monsieur A. a donc pu considérer qu'il exécutait son travail de manière conforme aux attentes de l'administration, il y a vu une règle de conduite fixe de l'administration.

Si le principe de la légitime confiance permet à l'administré de compter sur une ligne de conduite claire et bien définie de l'autorité, il ne peut y avoir manquement que si l'administration a commis une erreur, si cet erreur a suscité une attente légitime et si aucun motif grave n'impose un changement d'attitude de l'autorité.

Le SECM n'a, en l'espèce, commis aucune erreur. Le libellé du code de nomenclature est clair quant aux indications de remboursement. Le silence ou l'absence de réaction du service de contrôle n'implique pas que le SECM aurait acquiescé à la pratique de Monsieur A. Le libellé du code de nomenclature étant tout à fait clair quant aux indications de remboursement, Monsieur A. ne pouvait légitimement pas tirer une prétendue autorisation du silence ou de l'absence de réaction du SECM.

Le Conseil d'Etat a par ailleurs souligné, à propos de la légitime confiance, qu'il fallait que l'autorité ait au préalable donné à l'intéressé des assurances précises susceptibles de faire naître dans son chef des espérances fondées⁵. Or le SECM n'a jamais formulé de telles assurances à l'égard de Mr A. et de la SRL B.

Par ailleurs, le fait que les organismes assureurs aient remboursé les prestations attestées par le dispensateur de soins, est sans incidence :

- d'une part, le remboursement par les organismes assureurs ne valide aucunement la pratique des dispensateurs de soins : ce qui explique que le législateur a prévu un contrôle *a posteriori* des prestations de soins par le SECM étant conscient des limites du contrôle *a priori* effectué par les organismes assureurs (lesquels ne disposent pas des pouvoirs d'enquête attribués aux inspecteurs sociaux du SECM) et tout prestataire de soins devrait savoir que des contrôles *a posteriori* restent possibles et, partant, que le remboursement par les organismes assureurs ne permet pas de faire naître la prévision légitime que les prestations attestées sont conformes à la législation.

⁵ Voy. notamment C.E., 249.283, 16.12.2020 ; C.E., 251.345, 05.08.2021 et C.E., 251.492, 14.09.2021.

-d'autre part, dans la mesure où les remboursements ont été réalisés par les organismes assureurs et non par le SECM, il ne peut être reproché au SECM une violation du principe de légitime confiance car « ce principe ne peut être invoqué en se basant sur des actes émanant d'une autorité distincte de celle ayant adopté l'acte contesté »⁶.

Quand bien même il y aurait eu un revirement d'attitude, *quod non*, du SECM, la doctrine a souligné que l'administration ne perdait pas le droit d'appliquer strictement les dispositions légales même si cette application est inconciliable (*quod non* en l'espèce) avec le comportement précédemment adopté par elle (Nicolas GEELHAND, R.C.J.B., 1995, pp. 93 et 94, n°59, J-F LECLERCQ, Principe de bonne administration et principe de légalité, APT, 2000/3, p. 236 et s. et V. SCORIELS, Le principe de confiance légitime en matière fiscale et la jurisprudence de la Cour de cassation, J.T., avril 2003, p. 301 et s.).

Enfin, les principes généraux de bonne administration ne peuvent pas être invoqués s'ils aboutissent à une politique ou une décision contraire aux dispositions légales (Cass., 14.06.1999, J.T.T., 1999, p. 384, Cass., 30.10.2000, JTT, 2000, p. 497, Cass., 26.05.2003, S 010108 F, Cass., 29.11.2004, S 030057 F, Larcier Cass, 2005, p. 34, n°184, Cass., 2 avril 2009, R.G. n° C.08.0343.F, en matière civile).

En l'espèce, il n'y a donc pas lieu de faire obstacle à la récupération des montants indûment portés au compte de l'assurance soins de santé.

Sur le principe de proportionnalité :

La SRL B. invoque enfin le principe de proportionnalité qui concerne, quant à lui, les sanctions et qui « implique qu'il doit exister un rapport raisonnable entre les faits reprochés et les effets de la sanction » (J.-F. Neven et S. Gilson, La sécurité sociale des travailleurs salariés, Bruxelles, Larcier, 2010, p.529 et suivantes).

Sur cette base, elle considère qu'un avertissement préalable à toute sanction aurait été suffisant pour actualiser et adapter le comportement de Monsieur A. en connaissance de cause. Elle estime qu'un tel avertissement aurait été de meilleure administration compte tenu de l'importante somme réclamée par l'INAMI.

Le SECM réclame à Monsieur A. et, par application de l'article 164 de la loi SSI, à la SRL B. un montant correspondant à la valeur des prestations indûment portées en compte à l'assurance soins de santé.

Le remboursement des prestations indûment portées en compte à l'assurance soins de santé n'est pas une sanction mais une mesure civile de récupération ou de réparation mise à charge du prestataire de soins qui par sa faute ou son fait a provoqué un indu⁷. Cela a notamment été confirmé par la Cour constitutionnelle, dans un arrêt du 11 octobre 2000⁸:

« B.4.2. En visant à «mettre le remboursement à la charge de celui qui a commis l'erreur ou la fraude» (Doc. parl., Sénat, 1975-1976, n° 901-2, p. 5), la disposition en cause précise la responsabilité de celui dont le comportement (fraude ou erreur) a conduit à ce que ce paiement soit indu. Une telle disposition ne s'écarte pas fondamentalement du droit commun. Ou bien c'est l'auteur même de ce comportement – le dispensateur de

⁶ Voy. notamment : C.E., 244.543, 17.05.2019 ; C.E., 245.271, 01.08.2019 ; C.E., 248.699, 22.10.2020 et C.E., 250.594, 12.05.2021

⁷ Ch.Rec. 27 avril 2015, FB024-04

https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/jurisprudence_cr_pharmacien_20150427_1.pdf

⁸ C.Const. 11 octobre 2000, n°102/2000

soins – qui a reçu le paiement indu, et son obligation de rembourser se justifie alors par le mécanisme de droit commun de la répétition de l'indu;(…). La rigueur du système, lorsque le manquement ne constitue pas une faute grave, ne suffit pas pour qu'il doive être qualifié de répressif. Le droit commun entraîne lui aussi des conséquences sévères pour celui qui a reçu un paiement dont il ignorait le caractère indu ou qui a eu le malheur de causer par sa faute légère un dommage important. Quant aux conditions que le dispensateur de soins doit remplir pour que des frais soient couverts par l'assurance, elles procèdent non pas d'un souci répressif, mais (à condition qu'elles soient pertinentes, ce qui n'est pas en cause en l'espèce) de la nécessité de protéger l'assurance maladie invalidité, c'est-à-dire les deniers publics, contre ceux qui pourraient l'obérer par leur négligence ou par des abus, au moyen d'un système de contrôle qui ne peut être efficace sans une certaine rigidité. La disposition en cause permet de garantir, comme l'indique le Conseil des ministres, la récupération des prestations indûment octroyées. »

Le principe de proportionnalité ne trouve dès lors pas à s'appliquer ici, le montant réclamé n'étant pas une sanction mais une mesure civile de récupération.

La SRL B. estime qu'un avertissement aurait été de meilleure administration compte tenu de l'importante somme réclamée par l'INAMI.

Ce sont les inspecteurs sociaux du SECM qui disposent d'un pouvoir d'appréciation, conformément à l'article 21 du Code pénal social et il n'appartient donc pas aux dispensateurs de soins de se substituer aux inspecteurs sociaux en vue d'apprécier l'opportunité de leur donner ou non un avertissement.

Par ailleurs, « l'autorité qui dispose d'un pouvoir discrétionnaire a la faculté de choisir, dans le cadre de la loi, la solution qui lui paraît préférable pour la satisfaction des intérêts publics dont elle a la charge. (VANWELKENHUISEN A., « Autorité de chose jugée des arrêts du Conseil d'Etat en matière de responsabilité de la puissance publique », R.C.J.B., 1977, p. 426 cité dans *Cour trav. Bruxelles (8ème ch.)*, 4 février 1999, J.T.T., 2000, p. 178) ».

L'autorité doit user de son pouvoir discrétionnaire d'une manière qui ne soit pas manifestement déraisonnable (LEROY M., *Contentieux administratif*, Bruxelles, Bruylant, 2000, p. 346).

Lorsque des prestations sont portées en compte de l'assurance soins de santé en violation 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, un remboursement de la valeur des prestations s'impose d'autant plus que les conditions d'intervention de l'assurance soins de santé sont d'ordre public (C. trav. Mons, 8 mai 1998, RG n° 13949, <http://jure.juridat.just.fgov.be>; C. trav. Mons, 26 juin 1998, RG n° 13567, <http://jure.juridat.just.fgov.be>; C. trav. Bruxelles, 10 avril 2003, RG n° 40091, <http://jure.juridat.just.fgov.be>; C. trav. Liège, sect. Liège, 24 février 2006, RG n° 32720-04, <http://jure.juridat.just.fgov.be>; C. trav. Bruxelles, 13 octobre 2010, RG n° 2007/AB/49671, <http://jure.juridat.just.fgov.be>).

En dressant un procès-verbal de constat avec invitation au remboursement, le SECM n'a pas manifestement exercé de façon déraisonnable son pouvoir d'appréciation aux fins de préserver, eu égard notamment au montant de l'indu, les intérêts de l'assurance soins de santé, les conditions d'intervention de celle-ci étant par ailleurs d'ordre public.

2.3. Sur le bien fondé du grief:

Il ressort du dossier que, sous réserve de la prestation réalisée sur base de la prescription du 2 juin 2017, qui concerne le patient F., les éléments matériels et constitutifs du grief sont réunis et prouvés notamment au regard des attestations de fourniture et des prescriptions y afférentes transmises par les organismes assureurs.

Le grief est incontestablement établi.

2.4. Quant à l'indu :

Le grief a entraîné des débours indus dans le chef de l'assurance obligatoire soins de santé pour un montant ramené, au vu de la soustraction de la prestation qui concerne le patient F., à 20.243,36 €.

Le grief étant fondé, il y a lieu de condamner Monsieur A. au remboursement de l'indu, en application de l'article 142, §1^{er}, alinéa 1^{er}, 2^o, de la loi SSI coordonnée le 14 juillet 1994, soit la somme de 20.243,36 euros.

La Société « B. » a perçu les remboursements litigieux.

Dès lors, en application de l'article 164, alinéa 2 de la loi ASSI, la Société «B.» doit être condamnée solidairement avec Monsieur A. au remboursement de la valeur des prestations indues.

Il y a lieu d'ordonner que Monsieur A. et la société «B. » soient condamnés solidairement à rembourser l'indu, en application des articles 142, §1^{er}, 2^o et 164, al. 2 de la loi ASSI, soit la somme de 20.243,36 €.

2.5. Quant à l'amende :

2.5.1. Quant au régime de l'amende administrative

Les mesures prévues à l'articles 142, §1^{er}, 2^o de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 sont d'application, à savoir : le remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé et/ou une amende administrative comprise entre 5% et 150% du montant du remboursement (article 73bis, 2^o et article 142, §1^{er}, 2^o, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994).

2.5.2. Quant au quantum de l'amende administrative

En ce qui concerne l'attestation de prestations non conformes, le législateur a encadré de manière très précise les possibilités d'attester des soins médicaux, afin d'éviter les abus qui pourraient découler d'une appréciation souple et extensive des conditions fixées par la Nomenclature.

Les règles de la Nomenclature des prestations de santé sont de stricte interprétation et doivent être appliquées rigoureusement⁹ car les dispensateurs de soins collaborent à un service public, ce qui repose sur un rapport de confiance notamment entre l'INAMI, les organismes assureurs et les dispensateurs de soins¹⁰.

⁹ Cass. 20/11/2017, C.15.0213.N

¹⁰ C.arb, 30/01/2002, n°26/2002; c.arb, 12/06/2002, n°98/2002; c.arb 12/03/2003, n°31/2003; C.const. 31/01/2019, n°15/2019.

Le respect des règles relatives à l'attestation des bons codes de nomenclature est un des fondements de ce rapport de confiance, puisque ces normes sont clairement et expressément énoncées dans la réglementation.

Il n'appartient pas aux dispensateurs de soins de faire une interprétation personnelle ou d'opportunité de la réglementation.

S'ils ne s'y conforment pas, ils brisent ce rapport de confiance et mettent en péril l'équilibre des deniers publics.

En ne respectant pas les règles relatives aux codes de la nomenclature, Monsieur A. a manqué à ses obligations légales en tant que dispensateur de soins.

Dans ces conditions, au regard notamment de la clarté de la Nomenclature, du nombre de prestations (38 prestations), de la durée de la période infractionnelle (période du 1/1/2017 au 6/11/2018- date de réception par les organismes assureurs), du caractère élevé de l'indu (20.243,36 €), qui n'a pas été remboursé, mais également de l'absence d'antécédents de Monsieur A., il est justifié de prononcer à l'encontre de celui-ci, au titre du grief de prestations non conformes, une amende administrative de 25% du montant indu à rembourser (LC 14.07.1994, art. 142, §1^{er}, 2^o), soit 5.060,84 €.

PAR CES MOTIFS,

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994,

APRES EN AVOIR DELIBERE,

Le Fonctionnaire-dirigeant du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité :

- Déclare établi le grief reproché à Monsieur A.;
- Condamne Monsieur A. et la société « B. » à rembourser la valeur des prestations indues s'élevant à 20.243,36 euros ;
- Condamne Monsieur A. à payer une amende de 25 % du montant des prestations non conformes indument attestées à charge de l'assurance soins de santé (LC 14/07/1994, art 142, §1^{er}, 2^o) soit 5.060,84 euros ;
- 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.

Ainsi décidé à Bruxelles.

Le Fonctionnaire-dirigeant,

Dr Philip Tavernier

Médecin-directeur général