

DECISION DE LA CHAMBRE DE RECOURS DU 25 JUIN 2021

Numéro de rôle FB-003-19

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 ZA., médecin-inspecteur et par Monsieur
ZB., conseiller juriste.

Partie appelante.

CONTRE : **Monsieur A., anesthésiste**

ET

Monsieur B., anesthésiste

Ne comparaisant pas, représentés par Me C. et Me D., avocats

Monsieur E., anesthésiste

F. SPRL

Ne comparaisant pas, représentés par Me G. loco Me H., avocate

ET

Monsieur I., anesthésiste
gérant de J. SPRL

Monsieur K., anesthésiste
gérant de L. SPRL

Monsieur M., anesthésiste

Monsieur N., anesthésiste

Monsieur O., anesthésiste
gérant de P. SPRL
et gérant de Q. SPRL

Madame R., anesthésiste
gérante de SC SPRL S.

Monsieur T., anesthésiste
gérant de U. SPRL

**Monsieur V, anesthésiste
gérant de W. SPRL**

Ne comparaisant pas, représentés par Me X. et Me Y., avocats.

Messieurs I. et O. ont comparu en personne respectivement aux audiences des 7 et 14 juin 2021.

Parties intimées.

Exposé des faits – Antécédents :

Les parties intimées sont des médecins spécialistes en anesthésiologie qui exercent leur pratique en milieu extrahospitalier, soit au sein de la ... (... , pour le Dr B.) soit au sein de la ... (... pour les Docteurs A. jusqu'en 2009, M., N., R., K., O., T., V., I. et E.).

A la suite d'une enquête diligentée par les inspecteurs du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI (SECM), divers griefs ont été reprochés à ces anesthésistes :

1. GRIEF n°1 :

1.1. Prestations non conformes

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'art 73 bis 2° de la Loi ASSI coordonnée le 14 juillet 1994.

En l'occurrence, il s'agit de prestations d'anesthésie portées en compte en dehors du milieu hospitalier, alors que l'article 12§3 de la NPS prévoit que les honoraires pour les anesthésies générales ne sont dus que si ces anesthésies ont été effectuées en milieu hospitalier.

Lieu de l'infraction : au cabinet du Docteur Z.

1.2. **Base réglementaire**

Annexe à l'Arrêté Royal du 14/09/1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Article 12 §3 5° :

« Les honoraires pour les anesthésies générales ne sont dus que si ces anesthésies ont été effectuées en milieu hospitalier ».

1.3. **Prestations en cause**

Article 12 §1 Honoraires pour les médecins spécialistes en anesthésiologie

Article 12 §1 : a) Anesthésie pratiquée au cours d'une prestation

"A.R. 22.1.1991" (en vigueur 1.1.1991) + "A.R. 27.2.2002" (en vigueur 1.3.2002)

200211 Classée dans une catégorie égale ou inférieure à K 180 ou N 300
ou I 350 et supérieure à K 120 ou N 200 ou I 250 K 72

201073 Classée dans une catégorie inférieure à K 120 ou N 200 ou I 200
et supérieure à K 75 ou N 125 ou I 125 K 45

201110 Classée dans une catégorie égale ou inférieure à K 75 ou N 125 ou
I 125 et supérieure à K 24 ou N 40 ou I 40 K 36

2. **GRIEF n°2 :**

2.1. **Prestations non conformes**

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 ladite loi, ses arrêtés d'exécution ou les conventions ou accords conclus en vertu de cette même loi.

Infraction visée à l'art 73 bis 2° de la Loi ASSI coordonnée le 14 juillet 1994.

En l'occurrence, il s'agit de prestations d'anesthésie pour interventions chirurgicales ou autres, de valeur inférieure à N200 ou K120, cumulées avec d'autres prestations d'anesthésie dans la même séance alors que l'article 12§3 6° prévoit que les anesthésies dans ce cas ne peuvent être honorées.

Lieu de l'infraction : au cabinet du Docteur Z.

2.2. **Base réglementaire**

Annexe à l'Arrêté Royal du 14/09/1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

Article 12 §3 6°

En cas de prestations multiples au cours d'une même séance, l'anesthésie correspondant à la prestation affectée du nombre coefficient le plus élevé est honorée à 100 p.c., les anesthésies correspondant aux prestations supplémentaires à 50 p.c. de leur valeur.

"Cependant, les anesthésies mentionnées dans les rubriques a), b) et c) pour les prestations supplémentaires ne peuvent pas être honorées :"

(...)

"c) lorsque les prestations chirurgicales et/ou autres supplémentaires sont affectées d'un nombre coefficient inférieur à K 120 ou N 200 ou I 200."

2.3. Prestations en cause

Article 12 §1 de la NPS.

Honoraires pour les médecins spécialistes en anesthésiologie.

Article 12 §1 : a) Anesthésie pratiquée au cours d'une prestation

"Anesthésie générale, rachidienne, épidurale ou du plexus brachial pratiquée au cours d'une prestation :"

201073 – 201084 Classée dans une catégorie inférieure à K 120 ou N 200 ou I 200 et supérieure à K 75 ou N 125 ou I 125 K 45

Les dossiers relatifs aux Docteurs A., E., M., N., R. et K. ont été soumis au Fonctionnaire-dirigeant du SECM, lequel prononça des décisions :

- le 5 mars 2016 pour le Dr A. ;
- le 20 décembre 2017 pour le Dr E. ;
- le 22 mars 2018 pour les Drs M., N., R. et K.

Les décisions prises par le Fonctionnaire-dirigeant ont fait l'objet d'appels par les dispensateurs de soins devant la Chambre de 1ère instance :

- Requête d'appel du Dr A. du 12 avril 2016 ;
- Requête d'appel du Dr E. du 22 janvier 2018 ;
- Requêtes d'appel des Drs M., N., R. et K. du 25 avril 2018.

Le SECM a en outre déposé diverses requêtes auprès de la Chambre de 1ère instance :

- Requête du 23 janvier 2017 pour le Dr B. ;
- Requête du 8 mai 2018 pour les Drs T., I., O. et V.

Par décision du 31 mai 2018 (...), la Chambre de première instance décidait, avant dire droit au fond, qu'il y avait lieu de joindre pour connexité les causes :

- FA-007-16 (A.) ;
- FA-001-17 (B.) ;

- FA-002-08 (E.) ;
- FA-004-18 (M.) ;
- FA-005-18 (N.) ;
- FA-006-18 (R.) ;
- FA-007-18 (K.) ;
- FA-008-18 (V.) ;
- FA-009-18 (O.) ;
- FA-010-18 (T.) ;
- FA-011-18 (I.).

Par décision du 19 septembre 2019, la Chambre de première instance :

- Déclarait les demandes des Docteurs A., E., M., N., R. et K. visant à l'annulation du 1er grief repris dans les décisions du Fonctionnaire-dirigeant qui leur ont été respectivement notifiées recevables et fondées ;
- Annulait les décisions du Fonctionnaire-dirigeant en cause en ce qu'elles visent au remboursement des prestations facturées sur base du 1er grief;
- Confirmait, pour autant que de besoin, le 2ème grief repris dans ces décisions, non contesté, et l'indu qui a été remboursé par chacun des prestataires en cause ;
- Condamnait le SECM à rembourser au Docteur A. la somme de 17.093,96 € qu'il a versée au titre de remboursement des prestations basées sur le 1er grief, majorée des intérêts moratoires calculés au taux légal applicable en sécurité sociale à partir du 9 juillet 2018, date des conclusions du Dr A. contenant sommation ;
- Déclarait les demandes du SECM à l'égard des Docteurs B., T., O., I., et V. recevables mais non fondées en ce qui concerne le 1er grief ;
- Déclarait les demandes du SECM recevables et fondées à leur égard en ce qui concerne le 2ème grief ;
- Condamnait les Docteurs B., T., O., I., et V. et la SC Q. à rembourser l'indu résultant de ce 2ème grief, soit : pour le Docteur B. 21.305,18 €, pour le Docteur T. 3.339,72 €, pour le Docteur I. 3.630,02 €, pour le Docteur O. 21.153,79 €, pour le Docteur V. 3.420,46 € ;
- Constatait que l'indu résultant de ce 2ème grief a été entièrement payé par les prestataires en cause, à l'exception du Docteur V. ;
- Dit la décision exécutoire de plein droit par provision nonobstant tout recours.

Cette dernière décision fut notifiée aux parties le 23 septembre 2019.

Appels principal et incidents – Recevabilité :

L'appel est une voie de recours ordinaire tendant à la réformation ou à l'annulation des décisions rendues par une juridiction de 1^{er} degré.

L'appel incident est celui formé par une partie appelée au principal.

Par requête du 22 octobre 2019, le SECM a formé un appel principal contre la décision du 19.09.2019 en ce qu'elle :

- Déclare les demandes des Docteurs A., E., M., N., R. et K., visant à l'annulation du 1er grief repris dans les décisions du Fonctionnaire-dirigeant, recevables et fondées et, en conséquence, annule les décisions du Fonctionnaire-dirigeant en ce qu'elles visent au remboursement des prestations facturées sur base du 1er grief ;
- Condamne le SECM à rembourser au Docteur A. la somme de 17.093,96 euros majorée des intérêts moratoires calculés au taux légal applicable en sécurité sociale à partir du 9 juillet 2018 ;
- Déclare les demandes du SECM à l'égard des Docteurs B., T., O., I. et V. recevables mais non fondées en ce qui concerne le 1er grief.

MM. N. et consorts forment, à titre subsidiaire, un appel incident par voie de conclusions contre les dispositions non entreprises de la décision déférée.

Les Docteurs A. et B. quant à eux soutiennent ne pas former d'appel incident.

Néanmoins il échet de constater qu'en ce qu'ils postulent, à titre subsidiaire, la réformation de la décision du juge a quo en ce que celui-ci tranche diverses questions litigieuses portées à sa connaissance (telle que, par exemple la notion de « milieu hospitalier »), les Docteurs A. et B., parties intimées au principal, forment également un appel incident.

Le SECM invoque l'irrecevabilité des appels incidents formés devant la Chambre de recours.

Les règles énoncées dans le Code judiciaire s'appliquent à toutes les procédures, sauf lorsque celles-ci sont régies par des dispositions légales non expressément abrogées ou par des principes de droit dont l'application n'est pas compatible avec celle des dispositions dudit Code, selon l'article 2 du Code judiciaire (Chambre de recours, décision du 09.02.2017, FB 004-15). En l'espèce aucune disposition de la loi ASSI n'exclut la possibilité d'un appel incident, le délai d'un mois prévu à l'article 156 §2 al. 1 de la loi ASSI étant relatif à la recevabilité d'un appel principal et non d'un appel incident.

Il en résulte que tant l'appel principal que les appels incidents sont recevables.

Discussion :

1) Violation des articles 10 et 11 de la Constitution :

La décision attaquée :

- considère que l'article 12, §3, 5°, de la nomenclature des prestations figurant en 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* » telle que visée à l'article 24 de la loi du 9 août 1963 « *instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité* », en ce qu'il exclut le remboursement des prestations d'anesthésie effectuées en milieu extrahospitalier, instaure une différence de traitement qui ne repose sur aucun critère objectif et n'est pas raisonnablement justifiée ;

- constate qu'il existe une différence de traitement entre les patients qui effectuent une coloscopie ou une gastroscopie sous anesthésie générale dans un hôpital et ceux qui le font dans un centre extrahospitalier (p. 50, point 2.4.4.3 de la décision) et estime que cette différence ne repose sur aucun critère objectif ;
- indique qu'il n'existerait aucune interdiction de pratiquer les anesthésies générales dans des centres extrahospitaliers « *qui répondent aux normes de qualité et de sécurité requises* » et souligne que ce qui importe « *c'est la présence du personnel qualifié et de l'équipement nécessaire à la bonne exécution de cette anesthésie et le respect des règles de sécurité préalables à l'acte et de surveillance pendant et après l'acte* » ;
- estime que la différence de traitement ne serait pas justifiée sur le plan de la sécurité du patient et sur le plan budgétaire.

Le SECM invoque pour sa part que les situations envisagées ne sont pas identiques et que dès lors, une différence de traitement peut être admise.

Il considère notamment que :

- les patients choisissant de se rendre dans un centre extrahospitalier ne pourront pas faire l'objet de tous les actes diagnostiques et thérapeutiques prévus à l'article 20 de la nomenclature des prestations de santé relevant de la spécialité en gastroentérologie à l'inverse des patients choisissant de se rendre en milieu hospitalier ;
- les patients rencontrant une complication liée à l'anesthésie générale ne seront pas identiquement pris en charge selon qu'ils se trouvent dans un centre extrahospitalier ou en milieu hospitalier, notamment par la nécessité d'un transfert vers un hôpital dans le premier cas ;
- les centres extrahospitaliers ne présentent actuellement pas les mêmes garanties faute de normes de qualité imposées et contrôlées par les autorités compétentes, à l'inverse des hôpitaux ;
- les prestations dispensées dans un centre extrahospitalier peuvent donner lieu à des suppléments réclamés aux patients alors que ces suppléments ne sont pas autorisés en milieu hospitalier sauf dans certaines conditions strictes définies par la loi (articles 97 §2 et 152 de la loi coordonnée sur les hôpitaux et autres établissements de soins du 10.07.2008) ;
- les mêmes arguments peuvent être invoqués s'agissant de comparer la situation des dispensateurs de soins exerçant dans un centre extrahospitalier à celle des dispensateurs exerçant dans un hôpital.

Le SECM estime encore que même s'il fallait considérer que les patients et les dispensateurs de soins se trouvent dans une situation identique en centre extrahospitalier et en milieu hospitalier, il faudrait encore considérer que la différence de traitement établie par l'article 12, §3, 5°, de la nomenclature des prestations de santé repose sur un critère objectif, à savoir : la nature même de l'acte que représente une anesthésie générale, des risques qui y sont liés

et des mesures d'urgence qui doivent pouvoir, le cas échéant, être prises en cas de complication pour pouvoir y remédier.

Le SECM considère qu'à l'inverse des centres extrahospitaliers, les hôpitaux et les différents services dont ils disposent sont encadrés juridiquement par la loi du 10 juillet 2008 et doivent répondre à une série de normes notamment pour ce qui concerne l'organisation générale de l'hôpital, les normes architecturales, l'hygiène hospitalière, les techniques de stérilisation et la politique antibiotique. L'hospitalisation de jour est également soumise à des normes d'agrément (arrêté royal du 25 novembre 1997 fixant les normes auxquelles doit répondre la fonction «hospitalisation chirurgicale de jour»), le respect de ces normes conditionnant l'octroi et le maintien de leur agrément.

Le SECM précise qu'il n'existe pas à ce jour de cadre légal concernant les centres extrahospitaliers fixant des normes similaires à celles imposées aux hôpitaux de sorte qu'il n'y a donc pas non plus la possibilité de contrôle par les instances compétentes.

Selon le SECM c'est à tort que la Chambre de première instance fait référence à la loi relative à la qualité de la pratique des soins de santé (loi du 22.04.2019, MB, 14.05.2019), celle-ci n'étant destinée à entrer en vigueur que le 01.07.2021 (article 88 de ladite loi), les travaux préparatoires précisant en outre : « *le présent texte n'interdit pas la sédation en dehors des murs d'un hôpital. Toutefois, tant pour l'anxiolyse que pour toute forme d'anesthésie, le praticien professionnel doit disposer d'une procédure qu'il applique au cas où la situation tourne mal. Des exigences sévères sont en outre associées à l'anesthésie locorégionale et à l'anesthésie générale* » (Ch. Repr., session 2018-2019, Doc. 54 3441/001, p. 14).

Le SECM insiste notamment sur le fait qu'à l'heure actuelle :

- il n'y aurait pas de cadre juridique concernant la qualité et le contrôle de qualité pour les anesthésies générales en centres extrahospitaliers, à l'inverse des hôpitaux ;
- quant à l'aspect budgétaire, il n'est pas établi que le fait de pratiquer des anesthésies générales lors de coloscopies en centres extrahospitaliers n'aurait aucun impact négatif sur le budget de l'assurance soins de santé ;
- l'article 20 de la nomenclature des prestations de santé concernant les prestations relevant de la spécialité en gastroentérologie, distingue les actes diagnostiques et les actes thérapeutiques. A l'inverse des centres extrahospitaliers, un hôpital peut effectuer tous les actes diagnostiques et thérapeutiques relatifs à la spécialité en gastroentérologie.

2) Examen du moyen par la Chambre de recours :

En vertu de l'article 12 §3, 5° de la NPS, un patient qui fait l'objet d'une endoscopie dans un centre extrahospitalier ne peut obtenir le remboursement de la prestation d'anesthésie préalable à l'acte alors qu'il a droit à un tel remboursement lorsque cette même prestation est réalisée en milieu hospitalier.

Il en découle une différence de traitement qui ne serait pas discriminatoire en elle-même pour autant qu'elle repose sur une justification objective et raisonnable.

Une telle justification doit s'apprécier en tenant compte du but et des effets de la mesure critiquée ainsi que de la nature des principes en cause.

Le principe d'égalité et de non-discrimination est violé lorsqu'il est établi qu'il n'existe pas de rapport raisonnable de proportionnalité entre les moyens employés et le but visé (Cass. 14.11.2000, Bull. 2000, n°630).

En l'espèce l'article 12 §3, 5° de la NPS a été introduit par l'arrêté royal du 15.12.1970 « *modifiant l'arrêté royal du 24.12.1963 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité* ».

Aucune justification à cette différence de traitement n'est donnée tant dans cet arrêté lui-même que dans son préambule.

Or tout acte administratif, même s'il s'agit d'un acte réglementaire, doit faire l'objet d'une motivation sinon *formelle*, du moins *au fond*.

L'obligation de motivation formelle ne s'applique en principe qu'aux actes administratifs unilatéraux de portée individuelle et non aux actes réglementaires (cfr not. La loi du 19 juillet 1991 sur la motivation formelle des actes administratifs).

La motivation au fond ou matérielle est relative à la légalité interne de l'acte administratif, à la validité des motifs avancés par l'administration alors que la motivation formelle est une exigence relative à la légalité externe de cet acte.

En vertu de cette obligation de motivation au fond qui s'attache à tout acte réglementaire, celui-ci doit reposer sur des motifs exacts, pertinents et admissibles, qui doivent résulter soit de son contenu même soit du dossier constitué au cours de son élaboration et sur le vu duquel les juridictions saisies d'une contestation de sa régularité doivent être en mesure d'exercer le contrôle de légalité qui leur incombe et de pouvoir examiner si les distinctions figurant dans celui-ci sont ou non exemptes de discriminations, tenant compte de justifications qui pourraient ou pas y être apportées (C.E., n°178.064, 19 décembre 2007; C.E., n°187.409, 28 octobre 2009; C.E., n°239.475, 20 octobre 2017 ; CE, n° 211.590 du 28.02.2011).

La justification d'une différence de traitement ne peut être avancée a posteriori et encore moins par une personne qui n'est pas l'auteur de l'acte.

Les motifs avancés, a posteriori, par le SECM, tels que repris ci-dessous, n'apparaissent par ailleurs pas pertinents.

a) Motif de sécurité :

Le SECM invoque tout d'abord un motif de sécurité à l'appui de cette différence de traitement.

Il n'est cependant pas démontré qu'il existerait un risque particulier à ce qu'une anesthésie générale ou, a fortiori, toute autre forme de sédation soit pratiquée dans un centre hospitalier à défaut de quoi ces prestations seraient interdites en dehors des hôpitaux, ce qui n'est pas le cas en l'espèce.

Le SECM reconnaît lui-même à cet égard que la qualité des soins des prestataires concernés n'est pas remise en cause.

Le Directeur général de l'INAMI a ainsi lui-même reconnu que: *“La qualité des soins, la gestion des risques, la collaboration à des examens de dépistage, le régime du tiers payant et les investissements sont indubitablement des raisons qui rendent votre centre (le Centre DDG) attrayant”* (pièce 8 de M. N. et consorts).

Si cette différence de traitement avait été justifiée par un motif de sécurité il est permis de se demander pourquoi celle-ci n'a été insérée que par l'arrêté royal du 15.12.1970 et non dès l'adoption de la 1ère version de la nomenclature en 1963.

En tout état de cause cet argument est non fondé puisqu'il n'a jamais été interdit de pratiquer des anesthésies générales en dehors du milieu hospitalier pourvu que l'institution concernée dispose du personnel qualifié, de l'équipement nécessaire à la bonne exécution de l'anesthésie et à pallier aux complications éventuelles (Avis du Conseil national de l'ordre des médecins du 18.09.1976, bulletin 25, p.19, www.ordomedic.be).

La loi du 22.04.2019 *“relative à la qualité de la pratique des soins de santé”*, dont l'entrée en vigueur interviendra le 01.07.2021, ne fait que confirmer cette pratique en ce qu'elle n'interdit pas la sédation en dehors des hôpitaux pourvu que des conditions de qualité et de sécurité soient garanties à chaque patient indépendamment du lieu où les prestations sont effectuées.

Ces prestations d'anesthésie ne sont par ailleurs que l'accessoire indispensable de la prestation endoscopique principale, à défaut de quoi cette dernière serait difficilement supportable pour le patient pour le passage des courbes et des angles au niveau du colon ainsi que le reconnaît le SECM lui-même (conclusions p. 44/57).

Or si la prestation d'anesthésie posait des problèmes de sécurité, le Roi n'aurait pas expressément autorisé le remboursement de prestations diagnostiques en dehors de l'hôpital tout en sachant que celles-ci s'accompagneraient nécessairement de prestations d'anesthésie.

L'arrêté royal du 25.11.1997 cité par le SECM concerne l'encadrement des actes chirurgicaux et est sans incidence sur le cas d'espèce.

Enfin l'hypothèse rare de complications qui surviendraient lors de l'acte diagnostique n'est pas de nature à justifier la différence de traitement, de telles complications pouvant parfaitement survenir en milieu hospitalier de sorte que la situation du patient est identique que le diagnostic soit effectué dans ou en dehors de l'hôpital, le consentement du patient étant, sauf cas de force majeure, toujours requis pour réaliser une intervention d'ordre thérapeutique, les patients concernés pouvant toujours le cas échéant, faire l'objet d'un transfert dans un centre hospitalier si cela s'avère nécessaire.

L'objectif de sécurité n'est donc pas de nature à justifier la différence de traitement résultant de l'absence de remboursement lorsque l'anesthésie n'est pas pratiquée à l'hôpital.

b) Motifs financiers :

b.1) Financement des hôpitaux :

Le SECM souligne qu'il n'est pas établi que le fait de pratiquer des anesthésies générales lors de coloscopies en centres extrahospitaliers n'aurait aucun impact négatif sur le budget de l'assurance soins de santé en général et le financement des hôpitaux en particulier.

Néanmoins le but de la nomenclature est de garantir aux patients des soins de santé de qualité à un coût acceptable et ne peut être détourné en vue de privilégier une catégorie professionnelle aussi importante soit-elle.

Le raisonnement du SECM se base par ailleurs sur une prémisse inexacte en ce qu'il suppose que les médecins exerçant en milieu extrahospitalier accompliraient des actes non nécessaires, ce qui entraînerait un surcoût pour le budget de l'INAMI.

Enfin, si l'objectif de l'article 12 §3, 5° de la NPS était réellement de préserver l'équilibre financier des hôpitaux, c'est la prestation diagnostique principale, plus onéreuse que la prestation accessoire de l'anesthésie qui aurait été soit interdite soit exclue de tout remboursement, ce qui n'est pas le cas en l'espèce.

Pour le surplus le SECM, à qui incombe la charge de la preuve, ne démontre pas que les anesthésies pratiquées en milieu hospitalier seraient moins onéreuses que celles pratiquées dans des centres extrahospitaliers.

Ce moyen est donc non fondé.

b.2) Economie au bénéfice de l'assurance soins de santé :

Le SECM ne démontre pas que le fait de pratiquer des prestations diagnostiques en dehors des hôpitaux entraînerait un surcoût particulier en cas de complications dont rien n'indique qu'elles seraient fréquentes.

En tout état de cause cette situation serait tout à fait semblable à celle des polycliniques et centres de jour décentralisés ouverts par les hôpitaux pour lesquels le remboursement est en principe admis.

Ce moyen est donc non fondé.

b.3) Risque de suppléments d'honoraires :

Ce moyen est également non fondé, des suppléments d'honoraires étant également pratiqués dans les hôpitaux, y compris pour les mêmes prestations endoscopiques dont les anesthésies sont pourtant remboursées.

Il en est notamment ainsi des suppléments pour chambre individuelle.

La faculté de facturer des suppléments d'honoraires en dehors de l'hôpital n'est donc pas non plus de nature à expliquer l'exclusion du remboursement de la nomenclature.

c) Choix du patient :

La circonstance que le patient choisit d'opter ou non pour un centre extrahospitalier n'est pas non plus de nature à justifier la différence de traitement reprise ci-avant.

Ce n'est en effet pas parce que le patient a le choix d'opter ou non pour un centre extrahospitalier qu'une différence de traitement non raisonnablement justifiée et ne reposant sur aucun critère objectif ne devrait pas être considérée comme étant discriminatoire.

Il découle de ce qui précède que c'est à bon droit que le juge a pu constater que l'article 12, §3, 5°, de la nomenclature des prestations figurant en 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* » telle que visée à l'article 24 de la loi du 9 août 1963 « *instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité* » instaure une différence de traitement qui ne repose sur aucun critère objectif et n'est pas raisonnablement justifiée et viole les articles 10 et 11 de la Constitution en ce qu'il exclut le remboursement des prestations d'anesthésie effectuées en milieu extrahospitalier.

Cette disposition doit par conséquent être écartée en application de l'article 159 de la Constitution.

3) Intérêts :

Excepté le cas où la loi les fait courir de plein droit, l'art. 1153 C. civ. subordonne la prise de cours des intérêts moratoires à deux conditions, à savoir l'exigibilité de la dette et une sommation de la payer ([Cass. RG 9190, 21 octobre 1991](#), Pas. 1992, I, 142).

Conformément à l'article 156, §1^{er}, al. 2, de la loi ASSI tel que modifié par l'article 26 de la loi du 17 juillet 2015 portant dispositions diverses en matière de santé les sommes dues en vertu d'une décision du Fonctionnaire-dirigeant du SECM, de la Chambre de première instance ou de la Chambre de recours doivent être payées dans les trente jours de la notification de la décision.

A défaut de paiement dans ce délai, les sommes restant dues produisent de plein droit des intérêts au taux légal en matière sociale, tel que prévu à l'article 2, §3 de la loi du 05.05.1865 relative au prêt à intérêt, à compter de l'expiration de ce délai.

Depuis la modification de l'article 156 de la loi ASSI par la loi du 17 juillet 2015, cette disposition s'applique tant aux sommes dues par le dispensateur de soins que celles dues par l'INAMI à ce dernier (CE, arrêt n° 239.727 du 31.10.2017) .

En l'espèce il convient de constater que les sommes dues par l'INAMI au Dr A. ne sont devenues exigibles qu'à la date de la décision prononcée par la Chambre de première instance, soit le 19.09.2019.

L'existence d'une sommation antérieure n'a donc pas pu avoir pour effet de faire courir les intérêts moratoires sur la somme de 17.093,96 euros, le point de départ de ceux-ci étant le 30^{ème} jour suivant la notification de la décision entreprise.

Il découle de ce qui précède que l'appel principal du SECM est non fondé sauf en tant que relatif aux intérêts sur les sommes dues au Dr A.

Les appels incidents sont quant à eux devenus sans objet.

Par ces motifs, la Chambre de recours instituée auprès du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI, statuant dans la limite des appels,

Composée de Monsieur Emmanuel MATHIEU, Président, Docteurs Francine PROFILI, Eric WILMET, Paul DE MUNCK et Jean-Pierre PENNEC, membres.

Après en avoir délibéré et statuant contradictoirement à l'égard des parties, dans la limite des appels ;

Madame PROFILI, Messieurs WILMET, DE MUNCK et PENNEC ayant rendu leur avis sans prendre part à la décision ;

Ecartant comme non fondées toutes conclusions autres, plus amples ou contraires ;

Dit l'appel principal du SECM recevable et très partiellement fondé ;

Dit les appels incidents de MM. B., A., M., N., K., O., T., V., I., et de Mme R. recevables mais devenus sans objet ;

Par conséquent :

Réformant ;

Dit que les intérêts moratoires sur la somme de 17.093,96 euros due au Dr A. sont dus de plein droit à partir du 30^{ème} jour suivant la notification de la décision de la Chambre de première instance du 19 septembre 2019 ;

Confirme les dispositions entreprises de la décision de la chambre de 1^{ère} instance du 19.09.2019 pour le surplus ;

La présente décision est rendue, après délibération, par la Chambre de recours instituée auprès du Service d'évaluation et de contrôle médicaux, composée de Monsieur Emmanuel MATHIEU, Président, Docteurs Francine PROFILI, Eric WILMET, Paul DE MUNCK et Jean-Pierre PENNEC, membres, assistés de Madame Dominique HONVAULT, greffière.

La présente décision est prononcée à l'audience publique du 25 juin 2021 par Monsieur Emmanuel MATHIEU, Président, assisté de Madame Dominique HONVAULT, greffière.

Dominique HONVAULT
Greffière

Emmanuel MATHIEU
Président