

CONSEIL D'ÉTAT, SECTION DU CONTENTIEUX ADMINISTRATIF.

VI^e CHAMBRE

A R R Ê T

n^o 245.099 du 4 juillet 2019

A. 221.263/VI-20.951

En cause :

- 1. l'association sans but lucratif Focus Fibromyalgie Belgique,**
- 2. l'association sans but lucratif Union des Kinésithérapeutes de Belgique,**
- 3. XXXX,**
- 4. XXXX,**
- 5. XXXX,**
- 6. DEWILDE Valérie,**

ayant élu domicile chez
M^{es} Benoît CAMBIER et
Thomas CAMBIER, avocats,
avenue Winston Churchill 253/40
1180 Bruxelles,

contre :

l'État belge, représenté par la Ministre des Affaires Sociales et
de la Santé publique,

ayant élu domicile chez
M^{es} Céline POUPPEZ, Margaux KERKHOFS et
Pierre SLEGGERS, avocats,
place Eugène Flagey 18/5
1050 Bruxelles.

I. Objet de la requête

Par une requête introduite le 20 janvier 2017, l'association sans but lucratif Focus Fibromyalgie Belgique, l'association sans but lucratif Union des Kinésithérapeutes de Belgique, **XXXX**, **XXXX**, **XXXX** et Valérie DEWILDE demandent l'annulation de "l'arrêté royal du 17 octobre 2016 «modifiant l'article 7 de 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»".

II. Procédure

Le dossier administratif a été déposé.

Les mémoires en réponse et en réplique ont été régulièrement échangés.

M. Denis DELVAX, premier auditeur au Conseil d'État, a rédigé un rapport sur la base de l'article 12 du règlement général de procédure.

Le rapport a été notifié aux parties.

Les parties ont déposé un dernier mémoire.

Par une ordonnance du 17 septembre 2018, l'affaire a été fixée à l'audience du 24 octobre 2018 à 10 heures.

Les droits visés à l'article 70 de l'arrêté du Régent du 23 août 1948 déterminant la procédure devant la section du contentieux administratif du Conseil d'État ont été acquittés.

M. Imre KOVALOVSKY, président de chambre, a exposé son rapport.

M^{es} Benoît CAMBIER et Thomas CAMBIER, avocats, comparissant pour la partie requérante, et M^e Pierre SLEGERS, avocat, comparissant pour la partie adverse, ont été entendus en leurs observations.

M. Denis DELVAX, premier auditeur, a été entendu en son avis conforme.

Il est fait application des dispositions relatives à l'emploi des langues, inscrites au titre VI, chapitre II, des lois sur le Conseil d'État, coordonnées le 12 janvier 1973.

III. Faits

1. L'article 35, § 1^{er}, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 charge le Roi d'établir la nomenclature des prestations de santé, laquelle "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".

L'article 7 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 définit les conditions dans lesquelles l'assurance soins de santé rembourse les prestations effectuées par un kinésithérapeute.

2. Avant sa modification par l'acte attaqué, ledit article disposait notamment comme suit:

" Art. 7. § 1^{er}. Prestations relevant de la compétence des kinésithérapeutes:
1° Prestations dispensées aux bénéficiaires non visés par le 2°, 3°, 4°, 5°, 6°, 7° ou 8° du présent paragraphe.

[...]

	6° Prestations effectuées aux bénéficiaires se trouvant dans une des situations décrites au § 14, 5°, B, du présent article.		
563614	I. a) Prestations effectuées au cabinet du kinésithérapeute, situé en dehors d'un hôpital ou d'un service médical organisé. Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes	M	24
564270	Lorsque les séances 563614 et 639656 ne peuvent être attestées compte tenu des limitations prévues au § 14, du présent article : séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes	M	24
563651	Lorsque les séances 563614, 564270 et 639656 ne peuvent être attestées compte tenu des limitations prévues au § 14, du présent article : séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes	M	24
563673	Rapport écrit	M	34,62
563695	Examen du patient par le kinésithérapeute à titre consultatif	M	24
639656	Séance individuelle de kinésithérapie constituée essentiellement de drainage lymphatique manuel dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée minimum de 45 minutes	M	36

	I. b) Prestations effectuées au cabinet d'un kinésithérapeute, situé dans un hôpital.		
563710	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes	M	24
564292	Lorsque les séances 563710 et 639671 ne peuvent être attestées compte tenu des limitations prévues au § 14, du présent article : séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes	M	24
563754	Lorsque les séances 563710, 564292 et 639671 ne peuvent être attestées compte tenu des limitations prévues au § 14, du présent article : séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes	M	24
563776	Rapport écrit	M	34,62
563791	Examen du patient par le kinésithérapeute à titre consultatif	M	24
639671	Séance individuelle de kinésithérapie constituée essentiellement de drainage lymphatique manuel dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée minimum de 45 minutes	M	36
	I. c) Prestations effectuées au cabinet d'un kinésithérapeute, situé en dehors d'un hôpital, dans un service médical organisé.		
563813	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes	M	24
564314	Lorsque les séances 563813 et 639693 ne peuvent être attestées compte tenu des limitations prévues au § 14, du présent article : séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes	M	24
563850	Lorsque les séances 563813, 564314 et 639693 ne peuvent être attestées compte tenu des limitations prévues au § 14, du présent article : séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes	M	24
563872	Rapport écrit	M	34,62
563894	Examen du patient par le kinésithérapeute à titre consultatif	M	24
639693	Séance individuelle de kinésithérapie constituée		

	essentiellement de drainage lymphatique manuel dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée minimum de 45 minutes	M	36
563916	II. Prestations effectuées au domicile du bénéficiaire. Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes	M	24
564336	Lorsque les séances 563916 et 639715 ne peuvent être attestées compte tenu des limitations prévues au § 14, du présent article : séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes	M	24
563953	Lorsque les séances 563916, 564336 et 639715 ne peuvent être attestées compte tenu des limitations prévues au § 14, du présent article : séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes	M	24
563975	Rapport écrit	M	34,62
563990	Examen du patient par le kinésithérapeute à titre consultatif	M	24
639715	Séance individuelle de kinésithérapie constituée essentiellement de drainage lymphatique manuel dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée minimum de 45 minutes	M	36
564012	III. a) Prestations effectuées au domicile ou en résidence communautaires, momentanés ou définitifs, de personnes handicapées ou pour des bénéficiaires y séjournant. Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 20 minutes	M	16
564351	Lorsque les séances 564012 et 639730 ne peuvent être attestées compte tenu des limitations prévues au § 14, du présent article : séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 20 minutes	M	16
564056	Lorsque les séances 564012, 564351 et 639730 ne peuvent être attestées compte tenu des limitations prévues au § 14, du présent article : séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 20 minutes	M	16

564071	Rapport écrit	M	14,5
639730	Séance individuelle de kinésithérapie constituée essentiellement de drainage lymphatique manuel dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée minimum de 45 minutes	M	36
564631	III. b) Prestations effectuées pour des bénéficiaires séjournant en maison de soins psychiatriques. Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 20 minutes	M	16
564653	Lorsque les séances 564631 et 639833 ne peuvent être attestées compte tenu des limitations prévues au § 14, du présent article : séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 20 minutes	M	16
564675	Lorsque les séances 564631, 564653 et 639833 ne peuvent être attestées compte tenu des limitations prévues au § 14, du présent article : séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 20 minutes	M	16
564491	Rapport écrit	M	14,5
639833	Séance individuelle de kinésithérapie constituée essentiellement de drainage lymphatique manuel dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée minimum de 45 minutes	M	36
564093	IV. Prestations effectuées au domicile ou en résidence communautaires, momentanés ou définitifs, de personnes âgées ou pour des bénéficiaires y séjournant. Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 20 minutes	M	16
564373	Lorsque les séances 564093 et 639752 ne peuvent être attestées compte tenu des limitations prévues au § 14, du présent article : séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 20 minutes	M	16
564130	Lorsque les séances 564093, 564373 et 639752 ne peuvent être attestées compte tenu des limitations prévues au § 14, du présent article : séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 20 minutes	M	16

564152	Rapport écrit	M	14,5
639752	Séance individuelle de kinésithérapie constituée essentiellement de drainage lymphatique manuel dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée minimum de 45 minutes	M	36
564174 564185	V. Prestations effectuées dans des centres de rééducation fonctionnelle conventionnés. Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes	M	24
639774 639785	Séance individuelle de kinésithérapie constituée essentiellement de drainage lymphatique manuel dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée minimum de 45 minutes	M	36

[...]

§ 3bis.

1° Règles d'applications pour la prestation «rapport écrit».

Les prestations 560711, 560836, 560954, 561072, 561190, 564454, 561411, 563673, 563776, 563872, 563975, 564071, 564491 et 564152 ne peuvent être attestées qu'une fois par année civile.

Les prestations 563076, 563172, 563275, 563371, 563474, 564616 et 563555 ne peuvent être attestées qu'une fois par situation pathologique.

Elle ne doit pas être prescrite.

Elle peut être attestée dès la première séance et est cumulable avec une séance individuelle de kinésithérapie.

Le rapport écrit doit être transmis au médecin prescripteur:

- à la fin du traitement de l'une des situations pathologiques visées au § 14, 5°, A;
- au moins une fois par année civile dans le cas du traitement d'une situation pathologique visée au § 14, 5°, B et au § 11.

Le rapport écrit doit comprendre:

- La mention de l'affection traitée en référence à la prescription médicale.
- La synthèse de l'examen kinésithérapeutique établi en début de traitement.
- Le résumé succinct du traitement réalisé et de l'évolution du patient.
- Le cas échéant, une référence succincte aux conseils donnés au patient en ce qui concerne la prévention secondaire et le programme à domicile qui a été recommandé.

Une copie du rapport écrit doit être conservée au dossier.

2° L'examen du patient par le kinésithérapeute à titre consultatif.

L'examen du patient par le kinésithérapeute à titre consultatif est effectué sur prescription du médecin traitant avant qu'un éventuel traitement ne soit prescrit. Cette prestation comprend la communication au médecin traitant, sous la forme d'un rapport écrit, des constatations faites par le kinésithérapeute et d'une proposition de traitement éventuel.

L'examen du patient par le kinésithérapeute à titre consultatif ne peut être attesté qu'une seule fois par situation pathologique.

§ 4. Entrent en ligne de compte au titre de prestations de la compétence d'un kinésithérapeute, les actes intellectuels et techniques définis à l'article 21*bis*, § 4, de l'arrêté royal n° 78 relatif à l'exercice des professions des soins de santé.

§ 5. La rédaction d'un rapport écrit fait partie intégrante des prestations de la nomenclature.

Pour la rédaction d'un rapport écrit qui ne peut pas être porté en compte à l'assurance soins de santé obligatoire, le kinésithérapeute ne peut pas demander d'honoraire.

Nonobstant les dispositions prévues au § 3*bis*, le kinésithérapeute doit adresser un rapport écrit au médecin prescripteur lorsque celui-ci le demande sur base d'une prescription.

§ 6. Les techniques visées au § 4 justifient une intervention de l'assurance dans les limites qui suivent:

1° sont notamment exclues au titre de mobilisation ou de thérapies physiques: la gymnastique oculaire ou orthoptique, la magnothérapie, la sonothérapie (à distinguer de l'ultrasonothérapie qui n'est pas ici visée), la réflexologie plantaire, l'auriculothérapie, l'hippothérapie, les applications de chaud et/ou de froid exécutées seules, les prestations d'acupuncture, les tractions vertébrales par table mécanique ou à moteur électrique ou par suspension;

2° ne peuvent être remboursées, les prestations à caractère purement esthétique ou d'hygiène individuelle (par exemple : la gymnastique d'entretien, le fitness, les séances de sauna et de bronzage) les prestations d'accompagnement et de préparation de toute activité sportive;

3° [abrogé]

4° les massages (excepté dans les circonstances décrites à l'alinéa suivant), les techniques physiques dans le cadre de l'électrothérapie, la thérapie par ultrasons, la thérapie laser et les autres diverses techniques d'application de chaleur, peuvent uniquement être remboursés s'ils sont appliqués en complément et non pas exclusivement.

Ces restrictions ne s'appliquent pas au massage utilisé pour des patients avec un lymphoedème acquis ou congénital ou pour des patients dont l'état de santé ne permet pas une participation active.

§ 7. Par «apport personnel du kinésithérapeute», il faut entendre le temps qui est personnellement et exclusivement consacré par le kinésithérapeute au traitement ou à l'évaluation du bénéficiaire concerné.

La «durée globale moyenne» d'apport personnel s'évalue sur un terme qui ne peut être inférieur à 3 mois pour l'ensemble des prestations concernées et l'ensemble des patients du kinésithérapeute.

§ 8. Dans tous les cas, la réalisation d'un dossier par bénéficiaire, réparti sur l'ensemble du traitement fait partie intégrante du traitement de kinésithérapie. Le terme «traitement» signifie dans ce paragraphe, un ensemble de prestations effectuées dans le cadre d'une même prescription.

§ 9. Le dossier individuel de kinésithérapie pour chaque patient comportera au minimum les éléments suivants :

- a) Les données administratives nécessaires à l'identification du patient et du médecin prescripteur;
- b) Les renseignements médicaux indispensables au traitement;
- c) La synthèse des constatations de l'examen kinésithérapeutique ainsi que le plan de traitement et ses modifications;
- d) Les dates de traitement ainsi que les codes prévus par la nomenclature pour chaque séance attestée;

- e) Les données et documents indispensables à l'attestation de soins tels que prévus par la nomenclature.
- f) la périmétrie, la volumétrie ou la copie du protocole lymphoscintigraphique ou la prescription de la nécessité clinique de prolonger le traitement pour les patients visés au § 14, 5°, B., h) et au § 11, 5^{ème} alinea.

Ce dossier individuel du patient peut être établi par écrit ou sur un autre support durable. Les données du dossier doivent être accessibles immédiatement aux contrôles prévus par la loi.

Un même dossier individuel doit servir pour tous les traitements qu'il s'agisse d'une ou de plusieurs pathologies ou situations pathologiques.

Aucun honoraire n'est dû pour les prestations pour lesquelles le dossier ne correspond pas aux requis de la nomenclature.

§ 9bis. La séance individuelle de kinésithérapie doit comprendre un ou plusieurs actes qui ressortissent à la compétence des kinésithérapeutes et exige, si la situation du bénéficiaire le permet, une participation active du patient sous la forme d'une thérapie active d'exercices, y compris les instructions et conseils en vue d'une prévention secondaire.

Une participation active n'est pas exigée de la part des enfants pour lesquels une participation active et consciente n'est pas encore possible ou de la part de patients qui sont totalement dépendants.

Une séance dont l'apport personnel atteint une durée globale moyenne de 30 minutes doit comporter au minimum 20 minutes d'apport personnel du kinésithérapeute.

Une séance dont l'apport personnel atteint une durée globale moyenne de 20 minutes doit comporter au minimum 15 minutes d'apport personnel du kinésithérapeute.

Une séance dont l'apport personnel atteint une durée globale moyenne de 15 minutes doit comporter au minimum 10 minutes d'apport personnel du kinésithérapeute.

En vue de la rédaction des profils des pratiques médicales, l'enregistrement de la pathologie sous la forme de pseudo-codes est obligatoire et ce, sur base de la situation pathologique. Les modalités d'enregistrement de la pathologie sont fixées par le Comité de l'assurance soins de santé après la proposition du Conseil technique de la kinésithérapie et après avis de la Commission de convention kinésithérapeutes-organismes assureurs.

§ 10. Règles d'application concernant les prestations du § 1^{er}, 1°.

Le kinésithérapeute est tenu d'attester, au moyen des prestations visées au § 1^{er}, 1°, toute prestation qu'il dispense à un patient ne se trouvant pas dans une des situations visées §§ 11, 12, 13, 14bis ou 14ter, ou toute prestation en vue de traiter une affection qui n'est pas décrite au § 14, 5°, du présent article.

Sans préjudice des dispositions de l'alinéa suivant, les prestations 560011, 560114, 560210, 560313, 560416, 564395 560534, 560571 ne peuvent, par bénéficiaire, être attestées que 18 fois par an. Pour l'application de la présente disposition, une année commence le 1^{er} janvier et se termine le 31 décembre.

Si, le bénéficiaire est atteint au cours de l'année civile d'une nouvelle situation pathologique, pour laquelle le traitement doit être attesté au moyen des prestations du § 1, 1°, le kinésithérapeute peut, à cet effet, adresser une demande au médecin-conseil. Ce dernier peut donner l'autorisation d'attester à la fin des 18 premières séances de l'année civile, 18 prestations supplémentaires par nouvelle situation pathologique pendant la période restante de l'année civile. Cette autorisation supplémentaire peut être donnée maximum deux fois par année civile. L'autorisation par le médecin-conseil de 18 prestations supplémentaires n'interdit pas l'attestation du solde éventuel des 18 prestations précédentes.

Cette demande doit être accompagnée:

- soit d'un rapport du médecin traitant dans lequel sont décrites les situations pathologiques successives et les dates d'apparition;
- soit d'un rapport du kinésithérapeute qui fait le relevé des situations pathologiques successives et mentionne leurs dates d'apparition, rapport établi sur base des prescriptions médicales des traitements de ces situations pathologiques; des copies de ces prescriptions sont jointes au rapport.

La demande doit être introduite par un courrier adressé personnellement au médecin-conseil.

Les prestations supplémentaires ne peuvent être portées en compte avant d'avoir été autorisées par le médecin-conseil. Ce dernier est censé avoir accordé son autorisation s'il n'a pas notifié de décision de refus ou demandé un complément d'information dans le délai de 14 jours qui suivent l'expédition de la demande, le cachet de la poste faisant foi. Si le médecin-conseil demande un complément d'information au médecin traitant, il communique une copie de cette demande au kinésithérapeute. La notification de la décision de refus est adressée, par lettre recommandée à la poste, au bénéficiaire avec copie au kinésithérapeute.

Par nouvelle situation pathologique il faut entendre une situation apparue postérieurement à la mise en route du traitement de kinésithérapie réalisé au cours de la même année calendrier et qui soit indépendante de la situation pathologique initiale.

Si, durant la période de validité prévue au § 14, 4°, alinéa 2, 1^{er} ou 2^{ème} tiret d'une notification pour une situation pathologique visée au § 14, 5°, A. ou B., le bénéficiaire est atteint d'une première situation pathologique de l'année civile visée dans le présent paragraphe, les règles décrites dans le présent paragraphe sont d'application. Aucune demande ou notification ne doit être adressée dans ce cas au médecin-conseil pour la première situation pathologique visée dans le présent paragraphe, pendant la période de validité prévue au § 14, 4°, alinéa 2, 1^{er} ou 2^{ème} tiret.

Si une seconde et/ou troisième nouvelle situation pathologique de l'année civile visée dans le présent paragraphe survient pendant la période de validité de ladite situation pathologique visée au § 14, 5°, A. ou B., une demande telle que décrite dans le présent paragraphe doit être envoyée par le kinésithérapeute au médecin-conseil.

§ 11. Règles d'application concernant les prestations du § 1^{er}, 2°.

Le kinésithérapeute est tenu d'attester au moyen des prestations du § 1^{er}, 2°, chaque prestation qu'il dispense aux patients qui bénéficient d'un taux réduit des interventions personnelles sur base de l'article 7, § 3, alinéa 2, 3°, de l'arrêté royal du 23 mars 1982 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires ou de l'intervention de l'assurance soins de santé dans les honoraires pour certaines prestations. Cette obligation ne s'applique pas lorsque la bénéficiaire se trouve dans la situation prévue aux §§ 13, 14*bis* ou 14*ter*.

[...]

Le traitement et la fréquence maximale doivent se dérouler conformément aux indications et standards fixés par le Comité de l'assurance soins de santé sur proposition du Conseil technique de la kinésithérapie et après avis de la Commission de convention kinésithérapeutes – organismes assureurs. Cette disposition sera d'application à partir de l'entrée en vigueur du règlement concerné.

[...]

§ 14. Règles d'application concernant les prestations du § 1^{er}, 5° et 6°.

[...]

2° [...]

Les prestations 639656, 639671, 639693, 639715, 639730, 639833, 639752, 639774 et 639785 peuvent être attestées pour les situations pathologiques visées au § 14, 5°, B, h). En cas d'attestation durant la même année civile de prestations 563614, 563710, 563813, 563916, 564012, 564631, 564093, 564174, 639656, 639671, 639693, 639715, 639730, 639833, 639752, 639774 et 639785 le nombre total de ces prestations ne peut dépasser 60 séances par année civile.

Une situation pathologique visée au § 14, 5°, B, peut persister après l'expiration de la période de validité prévue au § 14, 4°, alinéa 2, 2e tiret d'une notification. Dans cette occurrence, le kinésithérapeute peut introduire pour cette même situation pathologique, un renouvellement de notification auprès du médecin-conseil. Ce renouvellement de notification doit répondre à toutes les conditions mentionnées au § 14, 4°. Si la période de traitement pour une autre situation pathologique visée au § 14, 5°, B est déjà en cours, un renouvellement de notification est interdit.

[...]

3° Le traitement et la fréquence maximale doivent avoir lieu conformément aux recommandations et aux standards fixés par le Comité de l'assurance soins de santé sur proposition du Conseil technique de la kinésithérapie et après avis de la Commission de convention kinésithérapeutes-organismes assureurs. La présente disposition sera d'application à partir de l'entrée en vigueur du règlement concerné.

[...]

5° Les situations suivantes entrent en ligne de compte pour les dispositions décrites dans le présent paragraphe:

A. Situations dont le traitement est attesté au moyen des prestations visées au § 1^{er}, 5°, sur la période d'un an à partir de la date de la première prestation c.-à-d. pendant la période de validité de la notification définie au § 14, 4°:

[...]

B. Situations dont le traitement est attesté au moyen des prestations visées au § 1^{er}, 6°, pendant la période de validité de la notification définie au § 14, 4°:

[...]

e) Syndrome de fatigue chronique :

Si pendant ou après une prise en charge dans le cadre d'un programme de rééducation fonctionnelle, la continuation d'une thérapie graduelle d'exercices est jugée utile par l'équipe multidisciplinaire du centre de référence pour la prise en charge de patients souffrant du syndrome de fatigue chronique.

La nature et la fréquence du programme d'exercices sont en accord avec le concept stipulé dans le plan de traitement convenu entre le médecin traitant et l'équipe multidisciplinaire du centre de référence.

Les notifications pour le traitement du syndrome fibromyalgique introduites avant la date d'entrée en vigueur du présent arrêté restent valables jusqu'au 31 décembre 2005.

f) Syndrome fibromyalgique :"

Le diagnostic doit être confirmé par un médecin spécialiste en rhumatologie ou en médecine physique et réadaptation sur base d'un examen clinique comprenant les critères de diagnostic de l'ACR (American College of Rheumatology). Cette confirmation signée par le médecin spécialiste doit figurer dans le dossier individuel kinésithérapeutique et préciser que les critères de diagnostic utilisés sont bien ceux de l'ACR.

Avant la fin de chaque année civile qui suit l'année au cours de laquelle la 1^{re} prestation du traitement a eu lieu, le médecin spécialiste susmentionné réévaluera l'évolution de la symptomatologie du patient afin de confirmer la nécessité de poursuivre le traitement dans le cadre du § 14. Cette confirmation signée par le médecin spécialiste doit figurer dans le dossier individuel kinésithérapeutique.

- g) Dystonie cervicale primaire démontrée par un rapport diagnostique établi par un médecin-spécialiste en neurologie.
[...]"

3. Dans la version, reproduite ci-dessus, antérieure à l'entrée en vigueur de l'acte attaqué, le syndrome de fatigue chronique et le syndrome fibromyalgique étaient inscrits, respectivement, aux points e) et f) du § 14, 5^o, B, de l'article 7.

Le site de l'INAMI mentionne ce qui suit à propos de cette disposition:

- " Remboursement de la kinésithérapie pour les pathologies des listes Fa et Fb
Pour certaines situations pathologiques, les patients bénéficient d'un nombre plus important de séances remboursées au meilleur tarif. En plus des pathologies lourdes (liste E), il s'agit des pathologies des listes dites «Fa» et «Fb» dont le traitement nécessite beaucoup de kinésithérapie.

[...]

Pathologies de la liste Fa

Il s'agit de pathologies qui nécessitent un traitement de kinésithérapie intense pendant une courte période.

Pour une pathologie de la liste Fa (F aiguë) (art. 7, §14, 5^o, A), le patient peut bénéficier d'un maximum de 60 séances de kinésithérapie remboursées au meilleur tarif, pendant une période d'1 an (365 jours à partir de la date de la 1^{re} séance effectuée).

Après ces 60 séances, le traitement peut être poursuivi avec un remboursement moins important.

Pathologies de la liste Fb

Il s'agit de pathologies qui nécessitent un traitement régulier de kinésithérapie qui peut durer plusieurs années.

Pour une pathologie de la liste Fb (F chronique) (art. 7, § 14, 5^o, B), le patient peut bénéficier d'un maximum de 60 séances de kinésithérapie remboursées au meilleur tarif par année civile, pendant une période allant de la 1^{re} séance effectuée au 31 décembre de la 2^e année civile qui suit l'année de cette 1^{re} séance.

Si l'état de santé du patient le nécessite, une liste «Fb» est renouvelable.

Après ces 60 séances le traitement peut être poursuivi avec un remboursement régressif. Le taux de remboursement diminue, dans un premier temps pour les 20 séances suivantes, puis une deuxième fois pour les séances effectuées à partir de la 81^e séance".

Il ressort de la combinaison du § 1^{er}, 6^o, du § 14, 2^o, et du § 14, 5^o, B, de la nomenclature, dans sa version susvisée, qu'avant l'entrée en vigueur de l'acte attaqué, les patients souffrant notamment de fatigue chronique et de fibromyalgie bénéficiaient d'un remboursement pour des séances de kinésithérapie notamment au cabinet du kinésithérapeute situé en dehors d'un hôpital ou d'un service médical organisé, de prestations effectuées au cabinet d'un kinésithérapeute situé dans un

hôpital, des prestations effectuées au cabinet d'un kinésithérapeute situé en dehors d'un hôpital, dans un service médical organisé, des prestations effectuées au domicile du bénéficiaire, ainsi que des prestations effectuées dans des centres de rééducation fonctionnelle conventionnés. Le nombre de prestations pouvant être attestées à ce titre était de 60 par année, un renouvellement étant possible à l'issue de cette période en cas de persistance de la situation pathologique.

4. À partir de l'année 2013, des discussions sont menées au sein du Conseil technique de la kinésithérapie (CTK) sur les conditions dans lesquelles l'assurance soins de santé devrait intervenir pour rembourser les soins afférents au syndrome de fatigue chronique et accessoirement à la fibromyalgie, à laquelle il est décidé de réserver un statut se calquant sur celui applicable au syndrome de fatigue chronique.

Des discussions similaires ont lieu au sein de la Commission de conventions kinésithérapeutes – organismes assureurs depuis le mois d'avril 2014.

Le 5 octobre 2015, la direction juridique et accessibilité du service des soins de santé de l'INAMI adresse à un membre du Conseil technique de la kinésithérapie une note CTK n° 2015/16 relative au remboursement des prestations de kinésithérapie pour les patients souffrant du syndrome de fatigue chronique. Il y est exposé notamment ce qui suit:

" [...] Les pathologies de la liste Fb (F chronique) (art. 7, § 14, 5°, B) visent des pathologies qui nécessitent un traitement régulier de kinésithérapie qui peut durer plusieurs années.
Le patient peut bénéficier d'un maximum de 60 séances de kinésithérapie remboursées au meilleur tarif par année civile, pendant une période allant de la 1ère séance effectuée au 31 décembre de la 2ème année civile qui suit l'année de cette 1^{ère} séance.
Dans le cadre du syndrome de fatigue chronique visé à l'article 7, § 14, 5°, B., e), de la nomenclature des prestations de santé, le patient doit avoir été examiné par l'équipe multidisciplinaire d'un centre de référence avant que le traitement ne puisse être attesté.
Le plan de traitement doit avoir été convenu entre le médecin traitant et l'équipe multidisciplinaire.
C'est sur base de conventions conclues avec le Comité de l'assurance - en vertu des articles 22, 6° et 23, § 3, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 – que les centres de référence visés à l'article 7, § 14, 5°, B, e), ont été chargés de la prise en charge de patients souffrant du syndrome de fatigue chronique.
Ces conventions entre le Comité de l'assurance et les centres de référence n'ont pas été prorogées; de sorte qu'elles ont pris fin au 1^{er} janvier 2015.
Les centres de référence visés dans l'article 7, § 14, 5°, B, e), de la nomenclature ne sont donc plus habilités à effectuer - dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé – la prise en charge initiale des patients souffrant du SFC.

Il était prévu que la prise en charge des patients SFC soit dorénavant effectuée au sein de centres de diagnostic multidisciplinaires pour patients souffrant du SFC. Les centres de diagnostic multidisciplinaires sont des services hospitaliers spécialisés qui examinent si quelqu'un présente le SFC et proposent un traitement. Cette prise en charge est organisée sur base d'une convention signée entre le Comité de l'assurance soins de santé et les centres de diagnostic multidisciplinaires.

Cependant, seul l'UZ Leuven a marqué son accord à la signature d'une convention avec le Comité de l'assurance.

Compte tenu de cet état de fait, vous nous informez qu'une nouvelle réglementation est à l'étude au sein de votre Direction.

En attendant la rédaction et l'implémentation de cette nouvelle réglementation - et compte tenu du fait qu'il n'existe plus de conventions signées avec les centres de référence - vous souhaitez savoir s'il est juridiquement possible de maintenir le remboursement des prestations de kinésithérapie pour les patients en liste Fb souffrant du SFC au sens de l'article 7, §14, 5°, B., e).

Nous sommes d'avis qu'il convient d'opérer la distinction suivante:

1° Les notifications de renouvellement du traitement

Pour les patients qui se trouvent dans une situation pathologique visée à l'article 7, § 14, 5°, B., e), de la nomenclature des prestations de santé **et dont la période de validité de la notification définie au § 14, 4°, n'est pas expirée au 1^{er} janvier 2015**, un renouvellement du traitement [attesté au moyen des prestations visées § 1^{er}, 6°] est autorisé conformément à l'article 7, §14, 2°, 5^{ème} tiret. Dans ce cas, le remboursement des prestations de kinésithérapie reste autorisé étant donné qu'il n'est pas requis que le patient consulte à nouveau un centre de référence.

2° Les nouvelles notifications

Pour les patients qui se trouvent dans une situation pathologique visée à l'article 7, § 14, 5°, B., e), de la nomenclature des prestations de santé qui introduisent à partir du 1er janvier 2015 une nouvelle notification de prise en charge des prestations visées § 1^{er}, 6°, le remboursement ne peut leur être accordé.

Les conventions entre le Comité de l'assurance soins de santé et avec les centres de référence pour la prise en charge de patients souffrant du SFC n'étant plus d'application, l'examen du patient par l'équipe multidisciplinaire d'un centre de référence avant que le traitement ne puisse être attesté ne peut plus être réalisé sous le couvert de l'assurance obligatoire soins de santé.
[...]"

Il est encore précisé dans ce courrier que, s'agissant de "la forme sous laquelle ces informations devraient être communiquées aux organismes assureurs", à savoir la circulaire administrative ou la règle interprétative de la nomenclature fondée sur l'article 22, 4°bis, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, il serait préférable de "privilégier la règle interprétative de la nomenclature étant donné qu'elle a force obligatoire à l'égard des personnes auxquelles le texte s'applique".

5. Dans le courant du mois d'octobre 2015, les services de l'INAMI établissent une note CTK 2015/13, intitulée "Kinésithérapie: Adaptation des §§ 1, 9, 9bis, 10 et 14 de la nomenclature", à l'attention du Conseil technique de la

kinésithérapie, dans laquelle on peut lire ce qui suit:

" **CONTENU DES MODIFICATIONS :**

Les prestations pour les patients atteints de syndrome de fatigue chronique et de fibromyalgie sont extraites de la liste «Fb» (§ 14, 5°, B) pour faire l'objet de deux nouvelles rubriques spécifiques au § 1^{er}. Les modalités et règles d'application de ces deux nouvelles rubriques sont décrites aux §§ 14^{quater} et 14^{quies}. Toutes ces adaptations sont reprises en annexe.

Les patients atteints du syndrome de fatigue chronique ou de fibromyalgie peuvent bénéficier d'un maximum de 18 séances d'une durée globale moyenne de 45 minutes en lieu et place d'un traitement de 60 séances, renouvelable, en liste «Fb» comme c'était le cas jusqu'à présent. Ce traitement n'est désormais possible qu'une fois dans l'historique du patient.

Motivation

Les modifications de la nomenclature de kinésithérapie concernant les patients atteints du syndrome de fatigue chronique font suite à la disparition des centres de référence pour syndrome de fatigue chronique (SFC) et ont pour but de répondre plus précisément aux besoins spécifiques de ces patients.

Les modifications concernant les patients atteints de fibromyalgie ont le même objectif et sont, en outre, effectuées pour être en cohérence avec celles effectuées pour les patients atteints du syndrome de fatigue chronique.

Pour ces deux groupes de patients, la diminution du nombre de séances au meilleurs taux de remboursement et l'augmentation de la durée globale moyenne des séances se justifient pleinement au vu des recommandations internationales de bonne pratique les plus récentes. Cette mesure a, de plus, été élaborée suite à des consultations et en concordance avec les avis de plusieurs experts tant sur le plan national qu'international.

IMPACT BUDGÉTAIRE

Une économie de 3.902.685 € serait réalisée sur base annuelle à partir de 2017. L'avis de la Commission de contrôle budgétaire est requis".

À cette note est annexé un document exposant les différentes modifications à apporter à l'article 7 de l'annexe de la nomenclature.

6. Dans le courant du mois d'octobre 2015, les services de l'INAMI établissent une note CTK/13^{bis}, intitulée "Kinésithérapie : Adaptation des §§ 1, 3^{bis}, 9, 9^{bis}, 10, 11, 14 et 20 de la nomenclature", à l'attention du Conseil technique de la kinésithérapie. Cette note comporte un exposé similaire à propos du contenu des modifications, de leur motivation et de l'impact budgétaire. L'annexe à ce document reprend une version coordonnée des modifications à apporter à l'article 7 de la nomenclature, tenant compte des amendements apportés aux modifications en projet.

7. Le 26 novembre 2015, l'association représentative des kinésithérapeutes de Belgique informe les membres du Conseil technique de la kinésithérapie des interrogations de ses membres sur l'incidence budgétaire de la mesure en cause.

Le 3 décembre 2015, les services de l'INAMI établissent une note CTK 2015/17-f intitulée "Analyse financière de l'actuariat – Kinésithérapie: adaptation de la nomenclature pour les prestations relatives au syndrome de fatigue chronique et au syndrome de fibromyalgie", à l'attention du Conseil technique de la kinésithérapie.

Cette note comporte le passage suivant:

" [...] Les prestations pour les patients atteints de syndrome de fatigue chronique et de fibromyalgie seront extraites de la liste Fb dans deux nouvelles rubriques spécifiques.
Les patients atteints de syndrome de fatigue chronique et de fibromyalgie pourront bénéficier d'un maximum de 18 séances d'une durée globale moyenne de 45 minutes, une fois dans l'historique du patient, en lieu d'un traitement de 60 séances de 30 minutes, renouvelable, en liste Fb jusqu'à présent.
Des chiffres des mutualités chrétiennes (en 2013), il apparaît que 450 patients sont actuellement traités pour le **syndrome de fatigue chronique**. Au niveau national, cela représente 1.071 patients.
Ces patients consomment par année 36,7 séances de kinésithérapie d'une durée globale moyenne de 30 minutes en liste Fb.
Ces patients n'ayant plus la possibilité que de bénéficier du remboursement de 18 séances SFC, on peut prendre le nombre de nouveaux patients en 2012 qui n'ont pas eu des prestations de kiné liste Fb au cours des trois années précédentes, soit 476. Ils ne bénéficieront plus que d'un maximum de 18 séances d'une durée globale moyenne de 45 minutes.
Des mêmes chiffres, il apparaît que, au niveau national, 7.829 patients sont actuellement traités pour **fibromyalgie**.
Ces patients consomment par année 40 séances de kinésithérapie [...] d'une durée globale de 30 minutes en liste Fb.
Ils n'ayant plus la possibilité que de bénéficier du remboursement de 18 séances fibromyalgie, on peut prendre le nombre de nouveaux patients en 2012 qui n'ont pas eu des prestations de kiné liste Fb au cours des trois années précédentes, soit 3.998. Ils ne bénéficieront plus que d'un maximum de 18 séances d'une durée globale moyenne de 45 minutes".

8. À une date ultérieure, les services de l'INAMI établissent une note CTK 2015/18, intitulée "Kinésithérapie: Adaptation des §§ 1^{er}, 3bis, 9, 9bis, 10, 11, 14 et 20 de la nomenclature", à l'attention du Conseil technique de la kinésithérapie. Cette note reprend le même exposé à propos du contenu des modifications, de leur motivation et de l'impact budgétaire que celui exposé ci-dessus. L'annexe à ce document comporte une version coordonnée des modifications à apporter à l'article 7 de la nomenclature.

9. Le Conseil technique de la kinésithérapie examine le dossier le 11 décembre 2015. Il est notamment relevé qu'à la suite d'un nouveau calcul, l'économie escomptée est de 4.120.000 € au lieu de 3.900.000 €

Par ailleurs, au cours de la réunion, l'échange suivant intervient:

" M^{me} [X] demande si ces deux nouvelles catégories de prestations sont cumulables

avec les prestations courantes, F et lourdes.
M. [Y] répond par l'affirmative".

Le Conseil adopte les notes 2015/17 et 2015/18.

10. Dans le courant du mois de janvier 2016, les services de l'INAMI établissent une note CCM 2016/01, intitulée "Kinésithérapie: Adaptation des §§ 1, 3bis, 9, 9bis, 10, 11, 14 et 20 de la nomenclature" et une note CCM 2016/02, intitulée "Analyse financière de l'actuariat – Kinésithérapie: adaptation de la nomenclature pour les prestations relatives au syndrome de fatigue chronique et au syndrome de fibromyalgie", à l'attention de la Commission de convention Kinésithérapeutes – Organismes assureurs. Le contenu de ces deux notes est similaire à celui des notes précitées, approuvées par le Conseil technique de la kinésithérapie.

Le 12 janvier 2016, la Commission de convention kinésithérapeutes – organismes assureurs examine le projet et marque son accord sur celui-ci, moyennant certaines remarques.

Dans le courant du mois de janvier 2016, les services de l'INAMI établissent une note CSS 2016/028, intitulée "Kinésithérapie : Adaptation de la nomenclature pour les patients atteints de syndrome de fatigue chronique et de fibromyalgie", à l'attention du Comité de l'assurance. Cette note reproduit les considérations relatives au contenu des modifications, à la motivation et à l'impact budgétaire, qui figuraient dans les notes destinées au Conseil technique de la Kinésithérapie et à la Commission de convention kinésithérapeutes – organismes assureurs.

Le 27 janvier 2016, la Commission de contrôle budgétaire émet un avis favorable sur le projet, qui est communiqué au Comité de l'assurance le jour même.

11. En février 2016, les services de l'INAMI établissent, à l'attention du Comité de l'assurance, une note CSS 2016/028 Add, intitulée "Kinésithérapie: Adaptation de la nomenclature pour les patients atteints de syndrome de fatigue chronique et de fibromyalgie", dans lequel est examinée une question relative au non-cumul avec certaines prestations.

Le 22 février 2016, le Comité de l'assurance examine le projet et décide de le transmettre au ministre.

12. Le 17 octobre 2016 est adopté un arrêté royal modifiant l'article 7 de 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.

Cet arrêté, qui est publié au *Moniteur belge* le 7 décembre 2016 et est entré en vigueur le 1^{er} janvier 2017, constitue l'acte attaqué. Un *corrigendum* est publié le 15 décembre 2016. Un second *corrigendum* sera publié le 29 septembre 2017. Le dispositif de l'arrêté royal du 17 octobre 2016 porte ce qui suit:

" Art. 1^{er}. À l'article 7 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, remplacé par l'arrêté royal du 18 décembre 2002 et modifié par les arrêtés royaux des 25 avril 2004, 17 février 2005, 23 novembre 2005, 24 mai 2006, 1^{er} juillet 2006, 26 novembre 2006, 7 juin 2007, 20 octobre 2008, 26 avril 2009, 29 avril 2009, 29 août 2009, 22 juillet 2010, 5 avril 2011, 22 mars 2012, 19 septembre 2013, 21 février 2014 et 03 septembre 2015 sont apportées les modifications suivantes:

1° Au § 1^{er}, 1°, la première phrase est remplacée par ce qui suit :
«1° Prestations dispensées aux bénéficiaires non visés par le 2°, 3°, 4°, 5°, 6°, 7°, 8°, 9° ou 10° du présent paragraphe».

2° Au § 1^{er} il est inséré un 9° et un 10°, rédigés comme suit :
«9° Prestations effectuées à des patients atteints du syndrome de fatigue chronique conformément au § 14^{quater} du présent article.

a) Prestations effectuées au cabinet du kinésithérapeute, situé en dehors d'un hôpital ou d'un service médical organisé.

564756	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 45 minutes	M 36
564771	Rapport écrit	M 34,62

b) Prestations effectuées au cabinet du kinésithérapeute, situé dans un hôpital.

564793	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 45 minutes	M 36
564815	Rapport écrit	M 34,62

c) Prestations effectuées au cabinet du kinésithérapeute, situé en dehors d'un hôpital dans un service médical organisé.

564830	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée	M 36
--------	---	------

	globale moyenne de 45 minutes	
564852	Rapport écrit	M 34,62

10° Prestations effectuées à des patients atteints de fibromyalgie conformément au § 14^{quinquies} du présent article.

a) Prestations effectuées au cabinet du kinésithérapeute, situé en dehors d'un hôpital ou d'un service médical organisé.

564874	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 45 minutes	M 36
564874	Rapport écrit	M 34,62

b) Prestations effectuées au cabinet du kinésithérapeute, situé dans un hôpital.

564911	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 45 minutes	M 36
564933	Rapport écrit	M 34,62

c) Prestations effectuées au cabinet du kinésithérapeute, situé en dehors d'un hôpital dans un service médical organisé.

564955	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 45 minutes	M 36
564970	Rapport écrit	M 34,62

3° Le § 3^{bis}, 1° est remplacé par ce qui suit :

«1° Règles d'applications pour la prestation "rapport écrit".

Les prestations 560711, 560836, 560954, 561072, 561190, 564454, 561411, 563673, 563776, 563872, 563975, 564071, 564491 et 564152, ne peuvent être attestées qu'une fois par année civile.

Les prestations 563076, 563172, 563275, 563371, 563474, 564616, 563555 ne peuvent être attestées qu'une fois par situation pathologique.

Une des prestations 564771, 564815, 564852, 564896, 564933 ou 564970 ne peut être attestée qu'une seule fois par patient. Elle ne doit pas être prescrite. Elle peut être attestée dès la première séance et est cumulable avec une séance individuelle de kinésithérapie.

Le rapport écrit doit être transmis au médecin prescripteur:

- à la fin du traitement de l'une des situations pathologiques visées aux § 14, 5°, A, § 14^{quater} et § 14^{quinquies};
- au moins une fois par année civile dans le cas du traitement d'une situation pathologique visée au § 14, 5°, B et au § 11.

Le rapport écrit doit comprendre:

- La mention de l'affection traitée en référence à la prescription médicale.

- La synthèse de l'examen kinésithérapeutique établi en début de traitement.
- Le résumé succinct du traitement réalisé et de l'évolution du patient.
- Le cas échéant, une référence succincte aux conseils donnés au patient en ce qui concerne la prévention secondaire et le programme à domicile qui a été recommandé.

Une copie du rapport écrit doit être conservée au dossier».

4° Au § 9, le point f) est remplacé par ce qui suit :

«f) la périmétrie, la volumétrie ou la copie du protocole lymphoscintigraphique ou la prescription de la nécessité clinique de prolonger le traitement pour les patients visés au § 14, 5°, B., f) et au § 11, 5^{ème} alinea».

5° Le § 9bis est remplacé par ce qui suit :

«La séance individuelle de kinésithérapie doit comprendre un ou plusieurs actes qui ressortissent à la compétence des kinésithérapeutes et exige, si la situation du bénéficiaire le permet, une participation active du patient sous la forme d'une thérapie active d'exercices, y compris les instructions et conseils en vue d'une prévention secondaire.

Une participation active n'est pas exigée de la part des enfants pour lesquels une participation active et consciente n'est pas encore possible ou de la part de patients qui sont totalement dépendants.

Une séance dont l'apport personnel atteint une durée globale moyenne de 45 minutes doit comporter au minimum 30 minutes d'apport personnel du kinésithérapeute.

Une séance dont l'apport personnel atteint une durée globale moyenne de 30 minutes doit comporter au minimum 20 minutes d'apport personnel du kinésithérapeute.

Une séance dont l'apport personnel atteint une durée globale moyenne de 20 minutes doit comporter au minimum 15 minutes d'apport personnel du kinésithérapeute.

Une séance dont l'apport personnel atteint une durée globale moyenne de 15 minutes doit comporter au minimum 10 minutes d'apport personnel du kinésithérapeute.

En vue de la rédaction des profils des pratiques médicales, l'enregistrement de la pathologie sous la forme de pseudo-codes est obligatoire et ce, sur base de la situation pathologique. Les modalités d'enregistrement de la pathologie sont fixées par le Comité de l'assurance soins de santé après la proposition du Conseil technique de la kinésithérapie et après avis de la Commission de conventions kinésithérapeutes-organismes assureurs».

6° Le § 10, 1^{er} alinéa est remplacé par ce qui suit :

«Le kinésithérapeute est tenu d'attester, au moyen des prestations visées au § 1^{er}, 1°, toute prestation qu'il dispense à un patient ne se trouvant pas dans une des situations visées §§ 11, 12, 13, 14*bis* ou 14*ter*, ou toute prestation en vue de traiter une affection qui n'est pas décrite au § 14, 5°, § 14*quater* ou § 14*quinquies* du présent article».

7° Le § 11, 1^{er} alinéa est remplacé par ce qui suit :

«Le kinésithérapeute est tenu d'attester au moyen des prestations du § 1^{er}, 2°, chaque prestation qu'il dispense aux patients qui bénéficient d'un taux réduit des interventions personnelles sur base de l'article 7, § 3, alinéa 2, 3°, de l'arrêté royal du 23 mars 1982 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires ou de l'intervention de l'assurance soins de santé dans les honoraires pour certaines prestations. Cette obligation ne s'applique pas lorsque le bénéficiaire se trouve dans la situation prévue aux §§ 13, 14*bis*, 14*ter*, 14*quater* ou 14*quinquies*».

8° Le § 11, 12^{ème} alinéa est remplacé par ce qui suit :

«Le traitement doit avoir lieu conformément aux recommandations et aux standards fixés par le Comité de l'assurance soins de santé sur proposition du Conseil technique de la kinésithérapie et après avis de la Commission de

conventions kinésithérapeutes-organismes assureurs. La présente disposition sera d'application à partir de l'entrée en vigueur du règlement concerné».

9° Le § 14, 2°, 4^{ème} alinéa est remplacé par ce qui suit :

«Les prestations 639656, 639671, 639693, 639715, 639730, 639833, 639752, 639774 et 639785 peuvent être attestées pour les situations pathologiques visées au § 14, 5°, B, f). En cas d'attestation durant la même année civile de prestations 563614, 563710, 563813, 563916, 564012, 564093, 564174, 564631, 639656, 639671, 639693, 639715, 639730, 639833, 639752, 639774 et 639785 le nombre total de ces prestations ne peut dépasser 60 séances par année civile».

10° Le § 14, 3° est remplacé par ce qui suit :

«Le traitement doit avoir lieu conformément aux recommandations et aux standards fixés par le Comité de l'assurance soins de santé sur proposition du Conseil technique de la kinésithérapie et après avis de la Commission de conventions kinésithérapeutes-organismes assureurs. La présente disposition sera d'application à partir de l'entrée en vigueur du règlement concerné».

11° Au § 14, 5°, B., les points e) et f) sont supprimés.

12° Au § 14, 5°, B. les points g) et h) sont remplacés par ce qui suit :

e) Dystonie cervicale primaire démontrée par un rapport diagnostique établi par un médecin spécialiste en neurologie.

f) Lymphoedème

1) En cas d'atteinte unilatérale au niveau d'un membre (supérieur ou inférieur) pour un lymphoedème post-radiothérapeutique ou postchirurgical répondant aux critères suivants :

- soit une périmétrie effectuée sur l'ensemble du membre ou une volumétrie de la main ou du pied montre une différence par rapport au membre controlatéral de + 5 %. Ces mesures doivent être effectuées selon les protocoles fixés par le Comité de l'assurance soins de santé, sur proposition du Collège des médecins-directeurs.
- soit une lymphoscintigraphie en trois temps atteste de la gravité du diagnostic avec présence de deux critères mineurs selon la classification lymphoscintigraphique des oedèmes des membres visant à leur prise en charge kinésithérapeutique. Cette classification est fixée par le Comité de l'assurance soins de santé, sur proposition du Collège des médecins-directeurs.

2) Pour tous les autres types de lymphoedème, une lymphoscintigraphie en trois temps doit attester du diagnostic avec présence de deux critères mineurs selon la classification lymphoscintigraphique des oedèmes visant à leur prise en charge kinésithérapeutique.

Pour les situations pathologiques énumérées à la fin du présent alinéa, une lymphoscintigraphie n'est pas exigée. Néanmoins, un rapport motivé du médecin spécialiste justifiant le diagnostic et la nécessité des soins doit être maintenue à la disposition du médecin-conseil et mentionnée dans le dossier du bénéficiaire, décrit au § 9 du présent article. Ces situations pathologiques sont les suivantes :

- bénéficiaires de moins de 14 ans pour lesquels la réalisation d'une lymphoscintigraphie en trois temps n'est pas indiquée.
- en cas d'impossibilité physique motivée de réaliser une lymphoscintigraphie en trois temps».

13° Il est inséré un § 14^{quater} et un § 14^{quinquies} rédigés comme suit :

§ 14^{quater} : Règles d'application concernant les prestations du § 1^{er}, 9°.

«Dans le présent article, on entend par "patient atteint du syndrome de fatigue chronique" (SFC), le patient pour lequel le diagnostic a été posé selon les critères de Fukuda et l'utilité d'une thérapie graduelle d'exercices ont été confirmés par un médecin spécialiste soit en rhumatologie, soit en médecine physique et réadaptation, soit en médecine interne, ceci en concertation éventuelle avec un ou plusieurs autres médecins spécialistes. La confirmation

du diagnostic signée par le médecin spécialiste doit figurer dans le dossier individuel kinésithérapeutique et préciser que les critères de diagnostic utilisés sont bien ceux de Fukuda.

Les prestations 564756, 564793 et 564830 sont prescrites par le médecin spécialiste mentionné au premier alinéa du présent paragraphe ou par le médecin généraliste traitant. Un maximum de 18 séances 564756, 564793 et 564830 peut être attesté par patient sur une période d'un an à partir de la date de la première prestation. Par la suite, aucune de ces prestations ne peut être attestée.

Le kinésithérapeute est tenu, pendant la période visée à l'alinéa précédent, d'attester au moyen des prestations du § 1^{er}, 9°, les prestations dispensées dans le cadre du traitement de ce syndrome.

Le traitement doit avoir lieu conformément aux recommandations et aux standards fixés par le Comité de l'assurance soins de santé sur proposition du Conseil technique de la kinésithérapie et après avis de la Commission de conventions kinésithérapeutes-organismes assureurs. La présente disposition sera d'application à partir de l'entrée en vigueur du règlement concerné.

Dans le cas où un patient, à un moment quelconque, a bénéficié de prestations du § 1^{er}, 10°, il ne pourra plus bénéficier des prestations attestables dans le cadre du § 1^{er}, 9°.

Les notifications pour le traitement du SFC introduites avant la date d'entrée en vigueur du présent paragraphe ne sont plus valides à partir de la date d'entrée en vigueur du présent paragraphe.

§ 14^{quinièmes} - Règles d'application concernant les prestations du § 1^{er}, 10°.

Dans le présent article, on entend par patient atteint de fibromyalgie le patient pour lequel le diagnostic a été confirmé par un médecin spécialiste soit en rhumatologie soit en médecine physique et réadaptation sur base d'un examen clinique comprenant les critères de diagnostic de l'ACR (American College of Rheumatology). Cette confirmation signée par le médecin spécialiste doit figurer dans le dossier individuel kinésithérapeutique et préciser que les critères de diagnostic utilisés sont bien ceux de l'ACR.

Les prestations 564874, 564911 et 564955 sont prescrites par le médecin spécialiste mentionné au premier alinéa du présent paragraphe ou par le médecin généraliste traitant. Un maximum de 18 séances 564874, 564911 et 564955 peut être attesté par patient sur une période d'un an à partir de la date de la première prestation. Par la suite, aucune de ces prestations ne peut être attestée.

Le kinésithérapeute est tenu, pendant la période visée à l'alinéa précédent, d'attester au moyen des prestations du § 1^{er}, 10°, les prestations dispensées dans le cadre du traitement de ce syndrome.

Le traitement doit avoir lieu conformément aux recommandations et aux standards fixés par le Comité de l'assurance soins de santé sur proposition du Conseil technique de la kinésithérapie et après avis de la Commission de conventions kinésithérapeutes-organismes assureurs. La présente disposition sera d'application à partir de l'entrée en vigueur du règlement concerné.

Dans le cas où un patient, à un moment quelconque, a bénéficié de prestations du § 1^{er}, 9°, il ne pourra plus bénéficier des prestations attestables dans le cadre du § 1^{er}, 10°.

Les notifications pour le traitement de la fibromyalgie introduites avant la date d'entrée en vigueur du présent paragraphe ne sont plus valides à partir de la date d'entrée en vigueur du présent paragraphe».

14° Le § 20, 2^{ème} alinéa est remplacé par ce qui suit :

«Les prestations visées aux rubriques I et II du 1°, 2°, 3°, 4°, 5°, 6° et les prestations visées au 7°, 9° et 10° ne peuvent être portées en compte que par les kinésithérapeutes qui satisfont aux conditions suivantes:»".

13. En substance, l'arrêté attaqué apporte les modifications suivantes quant au régime de remboursement des prestations de kinésithérapie relatives au syndrome de fatigue chronique et au syndrome fibromyalgique:

- lesdits syndromes sont repris et définis respectivement aux §§ 14^{quater} et 14^{quinquies} de l'article 7 (article 1^{er}, 13^o, de l'acte attaqué, insérant ces deux dispositions dans l'article 7);
- les prestations remboursées pour ces syndromes sont énoncées respectivement aux points 9^o et 10^o du § 1^{er} de l'article 7, qui détermine le type de prestations et la valeur relative attribuée à chacune d'entre elles (article 1^{er}, 2^o, de l'acte attaqué, complétant le § 1^{er} de l'article 7);
- ces prestations, qui visent chaque fois une "séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 45 minutes" et un "Rapport écrit", sont ventilées entre les "prestations effectuées au cabinet du kinésithérapeute, situé en dehors d'un hôpital ou d'un service médical organisé", les "prestations effectuées au cabinet du kinésithérapeute, situé dans un hôpital" et les "prestations effectuées au cabinet du kinésithérapeute, situé en dehors d'un hôpital dans un service médical organisé" (*idem*);
- une seule prestation "rapport écrit" peut être attestée par patient (article 1^{er}, 3^o, de l'acte attaqué, modifiant le § 3^{bis} de l'article 7);
- le kinésithérapeute est tenu d'attester, au moyen des prestations visées au § 1^{er}, 1^o, toute prestation dispensée en vue de traiter une prestation non décrite notamment aux §§ 14^{quater} et 14^{quinquies} (article 1^{er}, 6^o, de l'acte attaqué, modifiant le § 10 de l'article 7);
- les points e) et f) du § 14, 5^o, B, de l'article 7 sont supprimés (article 1^{er}, 11^o, de l'acte attaqué, supprimant ces dispositions);
- un maximum de 18 prestations "séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 45 minutes" peut être attesté par patient sur une période d'un an à partir de la date de la première prestation, après quoi ces prestations ne peuvent plus être attestées (§ 14^{quater}, alinéa 2, nouveau, et § 14^{quinquies}, alinéa 2, nouveau);
- le kinésithérapeute est tenu, pendant cette période d'un an, d'attester les prestations dispensées dans le cadre du traitement de ces syndromes comme des prestations visées aux points 9^o et 10^o (§ 14^{quater}, alinéa 3, nouveau, et § 14^{quinquies}, alinéa 3, nouveau);
- le traitement doit respecter certains standards de qualité déterminés (§ 14^{quater}, alinéa 4, nouveau, et § 14^{quinquies}, alinéa 4, nouveau);
- un patient qui a bénéficié des prestations visées au point 9^o ou au point 10^o ne peut

pas ultérieurement bénéficier des prestations visées à l'autre point (§ 14*quater*, alinéa 5, nouveau, et § 14*quinquies*, alinéa 5, nouveau);

- les "notifications" pour le traitement du syndrome de fatigue chronique ou de la fibromyalgie introduites avant le 1^{er} janvier 2017 ne sont plus valides à partir de cette date (§ 14*quater*, alinéa 6, nouveau, et § 14*quinquies*, alinéa 6, nouveau).

14. Il convient d'ajouter qu'en date du 25 novembre 2016 est adopté un arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 23 mars 1982 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires ou de l'intervention de l'assurance soins de santé dans les honoraires pour certaines prestations. Il modifie notamment le § 1^{er}, alinéa 2, 7^o de l'arrêté royal du 23 mars 1982, lequel identifie les prestations pour lesquelles le taux des interventions personnelles est fixé à 24,63 p.c. ou 9,55 p.c. au lieu de 40 p.c. ou 20 p.c. ainsi que le prévoit le § 1^{er}, alinéa 1^{er}. La modification ainsi apportée tend notamment à y ajouter les prestations visées à l'article 7, § 1^{er}, 9^o et 10^o, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984, c'est-à-dire les 18 séances "spécifiques" de 45 minutes effectuées à des patients atteints du syndrome de fatigue chronique et de fibromyalgie.

IV. Recevabilité

IV.1. La requête et le mémoire en réplique

La requête expose que " parmi les requérantes figurent des personnes atteintes du syndrome de fibromyalgie, une association professionnelle de kinésithérapeutes, l'association «Focus Fibromyalgie» ou encore des professionnels de la santé directement concernés par le traitement du syndrome de fibromyalgie". Les précisions suivantes sont apportées:

- les troisième à cinquième requérantes souffrent de fibromyalgie et elles ont dès lors intérêt à l'annulation de l'acte attaqué, qui limite les conditions dans lesquelles elles peuvent bénéficier de l'intervention de l'assurance soins de santé;
- la sixième requérante est un médecin spécialiste en médecine physique et de réadaptation, ce qui, selon elle, lui confère un intérêt à agir dès lors que l'acte attaqué "l'empêche de prescrire à ses patients atteints de fibromyalgie plus de 18 séances de kinésithérapie sur une année, sauf à prescrire des séances qui ne sont pas couvertes par l'assurance maladie invalidité";
- la cinquième requérante est kinésithérapeute et soutient avoir intérêt à contester l'acte attaqué, qui "l'empêche d'effectuer, pour ses patients atteints de fibromyalgie, plus de 18 séances de kinésithérapie";

- la première requérante a notamment pour objet social d'assister les personnes souffrant de fibromyalgie;
- la deuxième requérante a notamment pour objet social de défendre les intérêts des kinésithérapeutes qui en sont membres.

En réplique, les requérantes se limitent à souligner que, dans son mémoire en réponse, la partie adverse n'a pas contesté la recevabilité du recours.

IV.2. Le dernier mémoire de la partie adverse

Dans son dernier mémoire, la partie adverse constate que les requérantes limitent la justification de leur intérêt et leurs critiques aux dispositions ayant trait au traitement de kinésithérapie propre au syndrome fibromyalgique. Elles estiment qu'il s'en déduit que la question se pose de savoir si, ce faisant, elles ont limité également l'objet de leurs recours. Dans l'affirmative, il conviendra de savoir si une annulation partielle de l'arrêté attaqué est possible.

Elle soutient qu'à cet égard, deux options sont possibles:

- soit les requérantes peuvent effectivement se prévaloir d'un intérêt à l'annulation des dispositions concernant le syndrome de fatigue chronique, ce qui "impliquerait que, dans leur chef, ces deux syndromes se confondent", de sorte qu'il y aurait lieu, alors, de s'interroger sur le bien-fondé des critiques formulées par les requérantes à l'égard d'une telle assimilation;
- soit les requérantes ne peuvent se prévaloir d'un intérêt à l'annulation de dispositions relatives à un syndrome distinct de celui qui justifie leur intérêt, les syndromes étant réellement différents; la partie adverse estime que, dans cette hypothèse, seule une annulation partielle pourrait être prononcée, la question étant alors de savoir si une telle annulation partielle s'apparente ou non à une réformation.

Elle en déduit que deux hypothèses s'affrontent et s'annulent mutuellement:

- soit l'annulation partielle n'est pas une réformation; les requérantes peuvent alors se prévaloir d'un intérêt et le Conseil d'État est compétent pour connaître du recours;
- soit l'annulation partielle est une réformation; dans ce cas, le Conseil d'État n'est pas compétent et le recours doit être rejeté.

Elle en conclut que si le Conseil d'État estime qu'il est compétent pour connaître du recours, c'est nécessairement qu'il reconnaît qu'une annulation partielle

est possible et ne s'apparente pas à une réformation

IV.3. Le dernier mémoire des requérantes

Les requérantes font valoir qu'à supposer que seule une partie de l'acte attaqué leur cause grief ou que les moyens ne portent que sur une partie de l'acte, ces circonstances ne permettent pas de limiter l'objet du recours à cette seule partie de l'acte attaqué si celui-ci ne peut être annulé partiellement.

Elles allèguent par ailleurs qu'il inexact de soutenir qu'elles seraient sans intérêt à contester les parties de l'acte attaqué relatives au syndrome de fatigue chronique sauf à admettre une assimilation de ce syndrome avec celui de la fibromyalgie. Elles soulignent qu'à l'appui de leurs moyens, elles mettent en évidence les discriminations résultant, selon elles, du traitement identique réservé au syndrome de fatigue chronique et à la fibromyalgie malgré les différences entre ces deux pathologies. Elles en déduisent qu'elles ont un intérêt à l'annulation des parties de l'acte attaqué relatives au syndrome de fatigue chronique qui créent cette discrimination et que leur intérêt ne se limite pas aux parties relatives à la fibromyalgie.

IV.4. Plaidoiries

À l'audience, la partie adverse expose que l'intention des requérantes est certes d'obtenir l'annulation de la totalité de l'arrêté attaqué, mais qu'une telle annulation n'a de sens que si la "proximité" entre fibromyalgie et fatigue chronique est retenue. En revanche, elle considère que si les deux pathologies devaient être considérées comme distinctes, il n'y aurait pas lieu de considérer que l'éventuelle irrégularité des dispositions de l'acte attaqué relatives à la fibromyalgie rejaillirait sur les dispositions relatives au syndrome de fatigue chronique. Elle souligne toutefois que si lesdites pathologies ne sont pas identiques, elles présentent des caractéristiques similaires: il s'agit de maladies invalidantes, elles sont chroniques, leur cause n'est pas connue et, surtout, elles imposent que soit mis sur pied un accompagnement personnalisé du patient auquel il convient d'apporter un apprentissage à l'auto-mobilité, qui demeure ensuite acquis.

IV.5. Appréciation du Conseil d'État

Des termes de la requête, il se déduit que les requérantes se prévalent en

tout cas d'un intérêt à l'annulation des dispositions de l'acte attaqué relatives au traitement de la fibromyalgie.

Cet intérêt, qui n'est pas contesté par la partie adverse, est établi dans le chef des troisième, quatrième et cinquième requérantes, qui déclarent souffrir de fibromyalgie, l'acte attaqué modifiant les conditions dans lesquelles l'assurance soins de santé intervient dans le traitement de ce syndrome. Il en va de même, pour le même motif, en ce qui concerne la première requérante, l'a.s.b.l. Focus Fibromyalgie Belgique, qui a pour objet social, notamment, de "promouvoir toute action visant à améliorer l'autonomie du patient fibromyalgique". Par ailleurs, dès lors que l'acte attaqué modifie les conditions dans lesquelles les prestations effectuées par les kinésithérapeutes peuvent être couvertes par l'assurance soins de santé, l'intérêt à agir est également établi dans le chef de la seconde requérante, l'a.s.b.l. Union des Kinésithérapeutes de Belgique, dont l'objet social est notamment de défendre les intérêts professionnels de ses membres. Enfin, la sixième requérante déclare être médecin spécialiste en médecine physique et de réadaptation. Son intérêt est établi dès lors que l'arrêté attaqué présente un impact direct sur les conditions dans lesquelles un médecin pourra prescrire des séances de kinésithérapie à ses patients.

Il peut également être considéré que l'intérêt à agir des deuxième et sixième requérantes s'étend aux dispositions relatives au syndrome de fatigue chronique.

Le recours est recevable.

Pour le surplus, les considérations développées par la partie adverse dans son dernier mémoire et à l'audience ont trait à l'étendue d'une éventuelle annulation, laquelle dépend de la portée du ou des moyens déclarés fondés. Si la ou les illégalités constatées à l'occasion de l'examen de ce ou de ces moyens n'affectent que partiellement l'acte attaqué, il convient de déterminer si les dispositions dont l'illégalité est constatée sont dissociables des autres dispositions de l'arrêté. Dans la négative, une annulation partielle s'analyserait comme une réformation, ce pour quoi le Conseil d'État est sans compétence. Dans une telle hypothèse, l'annulation doit s'étendre à l'ensemble des dispositions indissociables, à condition, comme tel est le cas en l'espèce, que toutes ces dispositions fassent l'objet du recours, à défaut de quoi le Conseil d'État statuerait *ultra petita*. Cette question sera examinée en même temps que les moyens.

V. Premier moyen

V.1. La requête

Le premier moyen est pris de l'excès de pouvoir, de l'erreur manifeste d'appréciation, ainsi que de l'absence, de l'erreur, de l'insuffisance ou de la contrariété dans les causes ou les motifs, et de la violation de la Constitution, notamment ses articles 33, 23, 22*bis*, 10 et 11, de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, notamment ses articles 2 et 8, de la Déclaration universelle des droits de l'homme, du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, notamment son article 12, de l'arrêté royal du 10 novembre 1967 n° 78 relatif à l'exercice des professions des soins de santé, notamment ses articles 11 et 11*bis*, des articles 31 et 32 de la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions de soins de santé, des principes de bonne administration, notamment le principe de proportionnalité, du principe de précaution ou encore le devoir de prudence et de minutie, du "principe de *standstill*", ainsi que des principes généraux du droit, notamment "celui qui veut que tout acte administratif repose sur des causes et motifs légalement admissibles".

Les requérantes indiquent qu'alors que sous l'empire de l'ancienne réglementation, les personnes atteintes de fibromyalgie pouvaient attester un maximum de 60 séances de kinésithérapie par an, l'acte attaqué, qui sort la fibromyalgie de la liste "Fb" et ne l'inclut même pas dans la liste "Fa", laquelle vise les pathologies pour lesquelles un maximum de 60 séances peuvent être attestées chaque année (article 7, § 1^{er}, 5^o, de la nomenclature), "crée une nouvelle catégorie propre à la fibromyalgie pour laquelle il prévoit un traitement identique à celui de la fatigue chronique", seules 18 séances pouvant être attestées sur une année, et ce une seule fois sur toute la vie. Elles ajoutent par ailleurs que certaines prestations sont purement supprimées, telles que les séances de kinésithérapie effectuées au domicile du bénéficiaire ou dans des centres de rééducation fonctionnelle conventionnés.

En une première branche, elles indiquent que l'acte attaqué "aggrave déraisonnablement la situation des patients et porte de manière disproportionnée atteinte à leur droit à la sécurité sociale, à la protection de la santé et à l'aide sociale, médicale, au respect de la dignité humaine et à leur droit à la vie", du fait de la diminution du nombre de séances remboursées et de l'impossibilité d'en encore bénéficier de séances à domicile ou dans un centre de rééducation fonctionnelle conventionné. Elles soutiennent que ces atteintes disproportionnées aux droits des

patients ne peuvent se fonder sur aucun motif impérieux d'intérêt général.

En une deuxième branche, elles soutiennent que l'acte attaqué est discriminatoire et ce, à deux égards:

- d'une part, il traite de manière identique les patients atteints de fibromyalgie et ceux atteints du syndrome de fatigue chronique, qui sont des affections différentes nécessitant des traitements différents, les études épidémiologiques montrant par ailleurs que le nombre de patients atteints de fibromyalgie est beaucoup plus important que les patients souffrant de fatigue chronique;
- d'autre part, "il traite de manière beaucoup plus défavorable les patients atteints de fibromyalgie par rapport aux patients atteints des pathologies qui restent inscrites dans la liste Fb (article 7, § 14, 5°b, de l'annexe) et même par rapport aux patients atteints des pathologies qui restent inscrites dans la liste Fa (article 7, § 14, 5° a, de l'annexe)".

Sur le second point, les requérantes soulignent que la fibromyalgie était incluse dans la catégorie Fb de la nomenclature de sorte qu'il était admis qu'elle nécessitait un traitement intensif et continu. Elles relèvent que la partie adverse réserve à cette affection un traitement défavorable par rapport à celles inscrites sur les listes Fb et Fa alors qu'en 2002, elle "avait constaté que la fibromyalgie nécessite un traitement intensif et continu qui justifiait le régime de la liste Fb qui est plus favorable par rapport aux pathologies de la liste Fa".

En une troisième branche, les requérantes font valoir que l'acte attaqué porte atteinte à la liberté thérapeutique et aux obligations des médecins et kinésithérapeutes puisqu'il limite leur liberté de dispenser des séances de kinésithérapie et, lorsqu'un patient a épuisé la limite maximale des 18 séances sur une vie, les empêche de renvoyer un patient vers un kinésithérapeute pour effectuer la prestation qui s'impose. Elles soutiennent qu'il s'agit de limites disproportionnées, notamment en ce que la restriction est illimitée dans le temps après la première et dernière année de traitement.

En une quatrième branche, elles soutiennent que l'acte attaqué ne repose sur aucun motif valable. Elles font valoir que rien ne permet de revenir sur la position adoptée par la partie adverse en 2002 selon laquelle la fibromyalgie est une maladie chronique qui nécessite un traitement intensif et continu, comme les autres pathologies de la liste Fb. Elles allèguent que la proposition du Conseil technique de la kinésithérapie ne permet pas de démontrer l'existence de motifs de droit et de fait justifiant l'adoption de l'acte attaqué dès lors qu'elle émane exclusivement de certains

membres de ce Conseil dont la compétence en matière de fibromyalgie n'est pas démontrée et qu' "elle se heurte aux réalités matérielles de la fibromyalgie et des patients qui en souffrent de sorte qu'elle repose sur des positions manifestement erronées". Elles ajoutent qu'à supposer que le traitement du syndrome de fibromyalgie fasse encore l'objet de controverses scientifiques et que l'acte attaqué repose sur certaines informations scientifiques, il revenait à la partie adverse de ne pas se contenter de ces informations contestées, conformément au principe de prudence et de minutie et, en application du principe de précaution, de ne pas opter pour la solution qui limite de la manière la plus sévère l'accès aux soins pour les patients atteints de fibromyalgie.

V.2. Le mémoire en réponse

La partie adverse répond, quant à la première branche, que l'article 23 de la Constitution ne proscriit pas les régressions non sensibles justifiées par des motifs d'intérêt général. Elle fait valoir qu'en l'état des connaissances scientifiques, il apparaît que le meilleur traitement contre la fibromyalgie est d'aider le patient "à se mobiliser lui-même de façon douce, durable et continue" et que l'acte attaqué tend donc à améliorer la prise en charge des patients. En ce sens, elle expose que "le traitement spécifique de kinésithérapie est adapté sur la base des études internationales qui préconisent un apprentissage à l'auto-mobilisation plutôt qu'à une mobilisation extérieure", que sur cette base, des séances moins nombreuses mais plus longues sont remboursées et que, par ailleurs, "les patients conservent (retrouvent) la possibilité de se voir prescrire d'autres traitements (de kinésithérapie ou autres) par des médecins qui sont, par ce fait, invités à identifier pour chaque patient à divers moments de son traitement une prise en charge spécifique et adaptée", alors qu'antérieurement à l'adoption de l'acte attaqué, le remboursement se faisait, après une première prescription médicale, sur la base de demandes émanant du kinésithérapeute, sans intervention d'un médecin. Elle en déduit que l'acte attaqué, loin d'induire une diminution des droits du patient, est fondé sur une réévaluation des soins devant lui être prodigués. Elle précise qu'elle "a choisi de rembourser des séances plus longues pendant une durée plus courte pour s'assurer que celles qui sont prescrites dans le cadre d'un traitement efficace de la fibromyalgie éduquent le patient à une mobilisation autonome" et qu'il s'agit d'un choix en opportunité qu'il n'appartient pas au Conseil d'État de contrôler, sauf erreur manifeste. Elle souligne que son choix est fondé sur des études internationales et a fait l'objet de discussions par le Conseil technique de kinésithérapie. Elle fait valoir par ailleurs que le traitement de la fibromyalgie et du syndrome de fatigue chronique n'est pas remboursé dans tous les

pays, que l'acte attaqué ne porte pas préjudice au remboursement d'autres séances dans le cadre du régime par défaut ou d'autres régimes spéciaux et que le recul n'est pas significatif puisque l'acte attaqué ne vise que les prestations de kinésithérapie, dont la durée des séances est même allongée. Elle ajoute que, moyennant une évaluation nouvelle et spécifique par le médecin, d'autres soins peuvent être remboursés, que l'éventuel recul est justifié par les dernières données scientifiques disponibles et que la mesure s'inscrit dans une politique cohérente du législateur, visant à mettre en place un système de sécurité sociale efficace et de qualité et qu'elle est motivée par l'intérêt général.

Quant à la deuxième branche, la partie adverse répond qu'il ressort de nombreuses études et des conclusions qu'en ont tirées les organes de l'INAMI que le syndrome de fatigue chronique et la fibromyalgie "peuvent nécessiter, en kinésithérapie, des traitements identiques, sans préjudice des autres traitements qui peuvent être mis en place pour ces deux types de syndromes qui, tous les deux, doivent faire l'objet d'une prise en charge multidisciplinaire", de sorte qu'il est inexact d'affirmer que deux situations différentes sont traitées de façon identique. Elle ajoute que le simple fait que deux alinéas distincts sont repris dans la nomenclature suffit à démontrer qu'une différence est effectivement reconnue.

Quant à la troisième branche, la partie adverse répond que la jurisprudence est fixée en ce sens que la liberté thérapeutique n'implique pas l'obligation de rembourser tous les soins jugés nécessaires par le praticien. Elle souligne que l'acte attaqué n'interdit pas aux praticiens de prescrire et prodiguer des soins mais qu'il définit les conditions dans lesquelles l'assurance soins de santé intervient. Elle soutient que le rôle diagnostique et thérapeutique des praticiens sera renforcé puisque, si les douleurs persistent, ces derniers devront compléter le traitement par d'autres prises en charge. Elle considère qu'un objectif de préservation et d'amélioration de la qualité des soins dispensés aux patients ainsi que d'équilibre du budget des soins de santé peut justifier des restrictions à la liberté diagnostique et thérapeutique. Selon elle, les requérantes ne démontrent pas en quoi cette approche thérapeutique serait manifestement déraisonnable.

Quant à la quatrième branche, la partie adverse répond que, dans les pays voisins, les deux syndromes ne donnent pas ou ne donnent plus droit au remboursement des soins de kinésithérapie, qu'elle n'a commis ni une erreur ni dans les motifs ni une erreur manifeste d'appréciation en modifiant le remboursement des soins de kinésithérapie prescrits dans le cadre du traitement de la fibromyalgie; elle

estime que son appréciation n'est pas apparue incompréhensible aux yeux d'un observateur averti. Elle ajoute qu'elle n'a pas manqué à son devoir de minutie lors de l'examen de la proposition formulée par le Conseil technique de la kinésithérapie et que, durant le procédure ayant abouti à l'acte attaqué, les différents experts de la matière et les points de vue des différents acteurs concernés ont été évalués.

V.3. Le dernier mémoire de la partie adverse

Dans son dernier mémoire, la partie adverse renvoie au rapport du premier auditeur, en se ralliant notamment au raisonnement que ce dernier développe à propos de la deuxième branche qu'il déclare irrecevable dès lors que l'acte attaqué instaure un régime d'intervention supplémentaire au profit de personnes souffrant de myoptahie (lire: fibromyalgie), sans les priver du droit de bénéficier de l'intervention de l'assurance soins de santé, les requérantes n'ayant, pour ce motif, pas d'intérêt à dénoncer les discriminations qu'elles invoquent.

La partie adverse souligne que l'acte attaqué "vise, conformément aux recommandations internationales en la matière telles que reprises dans le dossier administratif, à assurer une prise en charge personnalisée et singularisée du patient" et qu'"il s'agit d'une prestation complémentaire à celles qui sont prévues par la nomenclature des soins de santé (notamment en kinésithérapie, mais également d'autres types de soins)".

Elle expose ensuite ce qui suit:

- " La pièce 5 du dossier administratif démontre que ce caractère complémentaire des prestations a été discuté par le conseil technique de kinésithérapie :
- «M. [X] (...) Il demande également s'il faut prévoir une règle pour empêcher le cumul entre ces prestations et les autres prestations de la nomenclature.
M. [Y] ne pense pas qu'il faut prévoir une telle disposition. Ce n'est pas parce qu'un patient est atteint de SFC ou de fibromyalgie qu'il ne peut pas, par ailleurs, être traité pour une pathologie courante ou F.
M.[Z] président, ne voit pas, non plus, de raison de prévoir une telle disposition.»

Il ressort donc clairement de la nomenclature, ainsi que du dossier administratif qu'un patient traité pour un syndrome de fibromyalgie peut également être traité pour une autre pathologie. Il n'existe donc aucune discrimination entre les patients atteints de fibromyalgie et les patients atteints d'une pathologie lourde (visée à l'article 7, § 14, 5°, A ou B), les prestations relatives à ces deux catégories pouvant être cumulées.

25. Quant au traitement prétendument identique concernant le syndrome de fatigue chronique et le syndrome fibromyalgique, la partie adverse relève que:

- Comme exposé à l'occasion de la discussion sur la recevabilité du recours, si les parties requérantes estiment que les deux syndromes se confondent au point de

justifier leur intérêt à une annulation totale de l'acte attaqué, cela implique qu'il ne peut pas y avoir de discrimination à traiter les deux syndromes pareillement.

- À l'inverse, si – comme la partie adverse – les parties requérantes estiment que les deux syndromes diffèrent, il y a lieu de constater que, bien que similaires, les deux traitements sont néanmoins distincts dans la nomenclature.

À cet égard, la partie adverse rappelle que les études scientifiques prises en compte dans le cadre de l'élaboration de l'acte attaqué conduisent pareillement pour le syndrome de fatigue chronique et pour le syndrome fibromyalgique à un même type de prise en charge. De la sorte, il n'est pas déraisonnable – et moins encore manifestement déraisonnable – de choisir de prévoir un soin complémentaire pour deux pathologies qui, certes distinctes, sont néanmoins proches et pour lesquelles un même (type de) traitement est préconisé.
[...]"

V.4. Plaidoiries

À l'audience, sur l'ensemble du premier moyen, la partie adverse souligne que les deux syndromes concernés ont en commun d'être diffus et d'être encore relativement peu connus. Elle expose que l'objectif de la réforme est de permettre d'offrir aux patients des soins personnalisés, tenant compte des besoins de chacun: une première série de séances de kinésithérapie "spécifiques" consiste essentiellement en un apprentissage à l'auto-mobilisation permettant de gagner de l'autonomie; ensuite, il appartient au médecin prescripteur d'identifier les meilleurs soins possibles, qui peuvent être, mais qui ne sont pas uniquement, de la kinésithérapie. Elle relève que cette approche, qui consiste à accompagner le patient de la manière la plus individualisée, diffère de celle qui se limitait à prévoir, lorsque le syndrome était diagnostiqué, 60 séances de kinésithérapie chaque année. Elle soutient que l'article 23 de la Constitution n'est pas violé dès lors que si cette disposition impose aux autorités de garantir le maintien des soins, ceux-ci ne se limitent pas aux séances de kinésithérapie. Elle expose également que si, après les 18 séances spécifiques, le médecin estime que son patient a besoin de soins de kinésithérapie, il pourra les prescrire, mais il ne s'agira pas de soins spécifiques. La partie adverse évoque à cet égard un "changement de paradigme" consistant en ce que, désormais, le médecin devra régulièrement faire l'exercice de déterminer les soins que nécessite l'état du patient, alors qu'auparavant, l'établissement du diagnostic impliquait automatiquement l'ouverture au remboursement de 60 séances de kinésithérapie par an, ce qui ne correspond pas nécessairement aux besoins du patient. Elle ajoute que l'impact financier de la réforme pour les patients dépend de la situation personnelle de chacun et elle attire par ailleurs l'attention sur l'incidence, surtout pour des patients nécessitant des soins récurrents, du mécanisme du "maximum à facturer" qui peut conduire à ce que les soins soient remboursés intégralement.

V.5. Appréciation du Conseil d'État

Avant l'adoption de l'acte attaqué, le syndrome de fatigue chronique et le syndrome fibromyalgique constituaient des situations visées par le § 14, 5°, B, de l'article 7 de la nomenclature. Les patients pour lesquels l'un ou l'autre de ces syndromes était diagnostiqué pouvaient bénéficier de remboursements pour des séances de kinésithérapie d'une durée globale moyenne de 30 minutes à concurrence de 60 séances par année civile. Il résulte du § 14, 2°, alinéa 5, que si la situation pathologique concernée visée au point B, donc notamment, selon le texte applicable avant sa modification par l'arrêté attaqué, l'un des deux syndromes en cause, persiste après l'expiration de la période d'un an, un renouvellement de notification pour 60 séances est possible.

L'acte attaqué exclut le syndrome de fatigue chronique et le syndrome fibromyalgique de la liste des situations visées par l'article 14, 5°, B. En revanche, il prévoit le remboursement de prestations de kinésithérapie effectuées à des patients atteints de l'un de ces deux syndromes à raison d'un maximum de 18 séances d'une durée globale moyenne de 45 minutes (§ 1^{er}, 9° et 10°, de l'article 7 de la nomenclature). Le traitement doit être prescrit par un médecin spécialiste et doit avoir lieu conformément aux recommandations et aux standards fixés par le Comité de l'assurance soins de santé. Le maximum de 18 séances ne peut être attesté que sur une période d'un an à partir de la première prestation, aucune de ces prestations ne pouvant ensuite être à nouveau attestée (§ 14^{quater} et 14^{quinquies}).

La partie adverse a été invitée par le premier auditeur rapporteur à indiquer "la ou les dispositions réglementaires précises sur lesquelles un patient souffrant de fibromyalgie, qui aurait déjà effectué l'ensemble du traitement prévu par l'article 7, § 1^{er}, 10°, tel qu'inséré par l'acte attaqué, pourrait se fonder pour bénéficier de l'intervention de l'assurance soins de santé, au même taux qu'avant l'entrée en vigueur de l'acte attaqué, pour des séances de kinésithérapie supplémentaires destinées à traiter ou soulager les douleurs liées à cette seule pathologie". Après avoir résumé les modifications apportées par l'arrêté attaqué à la réglementation existante, elle expose ce qui suit:

" [...]

10. Par conséquent et concrètement, des séances de 45 minutes valorisées selon une valeur plus favorable (la valeur étant M36 contre une valeur M24 pour des séances de 30 minutes sous l'ancienne nomenclature) et selon un taux d'intervention personnelle réduit (identique à celui en vigueur pour les patients fibromyalgiques avant l'entrée en vigueur de l'acte attaqué) pourront être prescrites

par un médecin pour le traitement du syndrome de fibromyalgie.

11. Par ailleurs, la nouvelle nomenclature n'exclut plus qu'un patient atteint de fibromyalgie puisse également bénéficier d'un remboursement pour des prestations de soins qui ne sont pas visées par le §14*quinquies* de l'article 7 de l'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984.

Pendant ou après la période de un an visée au § 14*quinquies*, le remboursement est rendu possible pour les autres soins (de kinésithérapie) destinés à traiter de la douleur ou des pathologies dont souffre un patient (atteint du syndrome fibromyalgique), mais pour lesquelles le médecin a prescrit des séances de kinésithérapie autres que celles visées au § 14*quinquies*, ce que l'ancienne nomenclature excluait formellement dès lors que le patient se trouvait dans une «situation pathologique» spécifique de fibromyalgie.

Ceci a été expressément confirmé lors de l'adoption de l'acte attaqué, comme le démontre la pièce 8 du dossier administratif : les spécialistes du Comité Technique de Kinésithérapeutes ont précisé que ces prestations sont cumulables avec des prestations courantes, F et lourdes.

M^{me} [X] demande si ces deux nouvelles catégories de prestations sont cumulables avec les prestations courantes, F et lourdes.

M. [Y] répond par l'affirmative.

C'est également en ce sens que le paragraphe 1^{er} de l'article 7 a été modifié afin d'intégrer, dans la nomenclature «par défaut» (courante) les prestations qui ne sont pas visées par, notamment, les nouveaux points 9° et 10° :

«Art. 7. § 1^{er}. Prestations relevant de la compétence des kinésithérapeutes:

1° Prestations dispensées aux bénéficiaires non visés par le 2°, 3°, 4°, 5°, 6°, 7°, 8°, 9° ou 10° du présent paragraphe. [...]

Un patient traité pour un syndrome de fibromyalgie pourra désormais se voir prescrire et être remboursé pour des prestations effectuées pour, par exemple, des douleurs de dos, des douleurs aux articulations, etc. Si le traitement relève des paragraphes 11 ou 14 (les points 2° 5° ou 6°) de l'article 7 de la nomenclature, le médecin du patient concerné pourra le prescrire et le remboursement pourra être accordé.

En fonction du soin prescrit et de la situation individuelle du patient (l'existence d'une situation pathologique particulière, la situation sociale du patient, le conventionnement ou non du kinésithérapeute consulté ...) et du traitement concerné, un taux d'intervention majoré pourra lui être accordé, conformément à l'article 7 de l'arrêté royal précité du 23 mars 1982.

12. Très concrètement et pour résumer ce qui précède, un patient atteint de fibromyalgie pourra donc être traité pour ce syndrome grâce à 18 séances, attestées au moyen des codes de nomenclature spécifiques repris sous le § 1^{er}, 10°. Ces 18 séances ont un objectif bien précis: apprendre au patient à se mobiliser lui-même. À la différence de séances de kinésithérapie «non spécifiques» (courantes, liste Fa/Fb, etc.), les séances visées pour le traitement du syndrome de fibromyalgie impliquent certaines interventions spécifiques de la part du kinésithérapeute. Ces interventions sont décrites à l'article 7, § 14*quinquies*.

Ces prestations sont limitées à 18 séances de 45 minutes sur un an et ne sont pas renouvelables. Il n'existe pas de codes de dépassement. Le taux de remboursement du patient pour ces séances est un taux d'intervention personnelle préférentiel (le

patient paye 24,63 % de l'honoraire conventionné s'il ne bénéficie pas d'un remboursement préférentiel et 9,55 % de l'honoraire conventionné s'il bénéficie d'un tel remboursement) prévu par l'article 7, alinéa 2, 7° de l'arrêté royal du 23 mars 1982 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires ou de l'intervention de l'assurance-soins de santé dans les honoraires pour certaines prestations. Ce taux est identique au taux réduit qui était appliqué aux 60 séances dans le régime antérieur.

Pour ce qui concerne les autres prestations de kinésithérapie, ce seront, soit des prestations dites courantes et visées au § 1^{er}, 1° de l'article 7, soit des prestations spécifiques liées à la situation pathologique du patient, identifiée également par leur médecin traitant. Ces prestations sont attestées lorsque la prestation n'entre pas dans les conditions plus spécifiques visées aux autres numéros de ce paragraphe.

Les prestations courantes sont limitées à 18 séances de 30 minutes par année. Par année civile et pour une même situation pathologique, le patient a donc droit à maximum 18 séances (560011, 560114, 560210, 560313, 560416, 563534 et 560571).

Ces séances comprennent des séances de kiné de 30 minutes (valeur M24).

Pour la première série de 18 séances courantes de l'année civile, une demande préalable n'est pas requise. La prescription médicale suffit.

Si le traitement d'une même situation pathologique durant la même année civile requiert davantage de séances courantes que les 18 séances autorisées, le patient a la possibilité de poursuivre le traitement, à partir de la 19^{ème} séance, avec des séances au remboursement réduit, sous des codes spécifiques «de dépassement» (560055, 560151, 560254, 560350, 560453, 564410 ou 56061).

Par ailleurs, des séances courantes supplémentaires (à remboursement non réduit) dans la même année civile sont possibles pour une nouvelle situation pathologique et sur base d'une demande auprès du médecin-conseil.

Dans la pratique, là où un patient ne pouvait se voir rembourser maximum 60 séances de kinésithérapie de 30 minutes, non spécifiques, par an au taux d'intervention personnelle réduit de 24,63 % et 9,55 %) sous l'ancien régime, un patient peut à présent suivre 18 séances de kinésithérapie destinées au traitement de ce syndrome (ce sont donc des séances bien spécifiques), mais il peut les cumuler avec 18 séances visant le traitement de ses maux de dos (éventuellement renouvelable), 18 séances pour une éventuelle douleur à la nuque, aux jambes. En outre, si un patient se voit reconnaître, en plus de sa fibromyalgie, une pathologie lourde, il bénéficiera du remboursement spécifique pour cette pathologie, etc.

Si le médecin traitant du patient souffrant du syndrome fibromyalgique diagnostique une lésion ou une douleur qui nécessite une prise en charge particulière (une seconde séance journalière, des séances répétées, un déficit moteur consécutif à une neuropathie...) et/ou si le patient se trouve dans une situation pathologique chronique, voire peut bénéficier du maximum à facturer, le taux de l'intervention pourra être majoré, le cas échéant jusque 100 % du coût de la prestation.

13. En conclusion, la mesure prise change la nomenclature des soins de kinésithérapie: elle assigne un objectif bien particulier aux prestations spécifiques destinées à traiter le syndrome de fibromyalgie. Ce changement implique un changement de comportement dans le chef du médecin prescripteur qui devra mieux circonscrire son diagnostic.

14. L'effet concret de cette mesure sur le patient peut être résumé comme suit:

	type	durée	montant	intervention personnelle	Rembour- sement	coût/ heure	coût/18 séances			coût/40 séances	coût/20 heures
séance normale	normal	30	22,26 €	5,89 €	16,37 €	11,78	106,02 €				
séance normale	omnio	30	22,26 €	2,39 €	19,87 €	4,78	43,02 €				
fibro Fb	normal	30	22,26 €	5,48 €	16,78 €	10,96	98,64 €			219,20 €	219,20 €
fibro Fb	omnio	30	22,26 €	2,12 €	20,14 €	4,24	38,16 €			84,80 €	84,80 €
fibro 14quinquies	normal	45	33,13 €	8,75 €	24,38 €	11,6666667	157,50 €			322,96 €	234,07 €
fibro 14quinquies	omnio	45	33,13 €	3,16 €	29,97 €	4,21333333	56,88 €			151,38 €	87,95 €
dépassement normal	normal	30	22,26 €	14,86 €	7,40 €	29,72	267,48 €				
dépassement normal	omnio	30	22,26 €	12,87 €	9,39 €	25,74	231,66 €				
Différence nombre	normal		103,76 €								
Différence nombre	omnio		66,58 €								
Différence durée	normal		14,87 €								
Différence durée	omnio		3,15 €								

[...]"

En excluant, notamment, la fibromyalgie de la liste des situations reprises au § 14, 5°, B, l'arrêté attaqué introduit une différence de traitement entre les patients souffrant de cette pathologie et ceux dont la situation demeure inscrite sur cette liste. En effet, ces derniers conservent le bénéfice d'un remboursement pour 60 séances de kinésithérapie de 30 minutes par année civile, renouvelable, alors que les premiers bénéficient désormais d'un remboursement pour 18 séances spécifiques d'une durée de 45 minutes, et ce sur une année, une seule fois dans leur vie. Cette différence de traitement est dénoncée par le premier moyen, en sa deuxième branche.

À supposer que, comme le soutient la partie adverse, les patients souffrant de fibromyalgie puissent bénéficier, après ces 18 séances "spécifiques", d'un remboursement pour les prestations dites "courantes" prévues à l'article 7, § 1^{er}, 1°, à savoir des séances de kinésithérapie de 30 minutes, la partie adverse ne soutient ni n'établit que ce remboursement serait identique à celui qui est prévu pour les prestations effectuées aux bénéficiaires se trouvant dans une des situations décrites au § 14, 5°, B, et qui, en vertu du § 14, 2°, peuvent être attestées à concurrence de 60 séances de kinésithérapie par année civile. Pour ces prestations, l'article 7, § 1^{er},

alinéa 2, 7°, de l'arrêté royal du 23 mars 1982 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires ou de l'intervention de l'assurance-soins de santé dans les honoraires de certaines prestations prévoit que le taux de l'intervention personnelle des bénéficiaires, que la partie adverse qualifie de "préférentiel", est de 24,63 p.c. ou de 9,55 p.c., selon que le patient bénéficie ou non de l'intervention majorée prévue à l'article 37, §§ 1^{er} et 19, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, alors qu'en vertu de l'article 7, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de ce même arrêté royal, l'intervention personnelle est, en règle, de 40 p.c. ou de 20 p.c. pour les prestations dites "courantes", visées à l'article 7, § 1^{er}, de la nomenclature, sous réserve des taux plus favorables prévus en fonction de la situation individuelle du patient. En outre, il convient de noter que les prestations dites "courantes" ne peuvent être attestées que 18 fois par an pour une même pathologie (article 7, § 10, alinéa 2), la partie adverse indiquant que "si le traitement d'une même situation pathologique durant la même année civile requiert davantage de séances courantes que les 18 séances autorisées, le patient a la possibilité de poursuivre le traitement, à partir de la 19^{ème} séance, avec des séances au remboursement réduit, sous des codes de «dépassement» [...]". Selon les chiffres fournis par la partie adverse, le remboursement pour une séance normale passerait alors de 16,37 € (ou 19,87 €) à 7,40 € (ou 9,39 €).

La circonstance que les patients traités pour un syndrome de fibromyalgie pourraient, selon la partie adverse, bénéficier, au terme des 18 séances "spécifiques", d'un remboursement pour des prestations courantes visées par l'article 7, § 1^{er}, 1°, n'est donc pas de nature à dénier l'intérêt des requérantes à dénoncer la différence de traitement en cause, leur situation étant moins favorable que celle des patients dont la situation demeure inscrite sur la liste reprise au § 14, 5°, B.

Il en va de même de la circonstance, également alléguée par la partie adverse, que les patients souffrant de fibromyalgie pourraient cumuler le remboursement des prestations "spécifiques" à cette pathologie, instauré par l'arrêté attaqué, et celui d'autres prestations que les prestations pouvant être qualifiées de "courantes", visées par l'article 7, § 1^{er}, 1°, et ce, en raison, notamment, d'une situation pathologique particulière. En effet, à supposer que tel soit le cas, la partie adverse ne soutient pas que les patients dont la situation demeure inscrite sur la liste reprise au § 14, 5°, B ne pourraient pas également cumuler, le cas échéant, plusieurs prestations liées à des situations spécifiques. Par ailleurs, et plus fondamentalement, le cumul dont fait état la partie adverse ne concernerait en tout état de cause que les patients se trouvant dans une situation à laquelle sont liées lesdites prestations spécifiques et non

tous les patients souffrant de fibromyalgie.

Il s'ensuit que la différence de traitement dénoncée est établie et que les requérantes ont intérêt à la dénoncer.

Les règles constitutionnelles de l'égalité et de la non-discrimination contenues dans les articles 10 et 11 de la Constitution n'excluent pas qu'une différence de traitement soit établie entre certaines catégories de personnes, pour autant qu'elle repose sur un critère objectif et qu'elle soit raisonnablement justifiée. Les mêmes règles s'opposent encore à ce que soient traitées de manière identique, sans justification raisonnable, des catégories de personnes se trouvant dans des situations qui, au regard de la mesure considérée, sont essentiellement différentes. L'existence d'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 est violé lorsqu'il est établi qu'il n'existe pas de rapport raisonnable de proportionnalité entre les moyens employés et le but visé.

Les différentes notes adoptées tant par le Conseil technique de la kinésithérapie que par la Commission de conventions kinésithérapeutes – organismes assureurs comportent un exposé de la "motivation" des modifications qui étaient alors en projet. Les considérations suivantes y sont énoncées:

- en ce qui concerne les patients atteints du syndrome de fatigue chronique, les modifications "font suite" à la disparition des centres de référence pour syndrome de fatigue chronique et ont pour but de "répondre plus précisément aux besoins spécifiques de ces patients";
- en ce qui concerne les patients atteints de fibromyalgie, les modifications ont le même objectif" et "sont, en outre effectuées pour être en cohérence avec celles effectuées pour les patients atteints du syndrome de fatigue chronique";
- pour les deux groupes de patients, "la diminution du nombre de séances au meilleur taux de remboursement et l'augmentation de la durée globale moyenne des séances se justifient pleinement au vu des recommandations internationales de bonne pratique les plus récentes".

Il ressort de cette "motivation" ainsi que de la note CTK 2015/16 du 5 octobre 2015 (voir ci-avant, n° 4) que, s'agissant du remboursement des traitements pour les patients du syndrome de fatigue chronique, l'adoption d'une nouvelle réglementation trouve son origine, en partie, dans les difficultés relatives à la prise en charge des traitements pour ces patients, particulièrement à la suite de l'absence de

prorogation des conventions conclues entre le Comité de l'assurance et les centres de référence. Ce constat est confirmé à la lecture de la pièce 5 du dossier administratif, intitulée "Extraits des procès-verbaux du Conseil Technique de la Kinésithérapie depuis octobre 2013 et qui ont mené à cette adaptation de la nomenclature". En effet, les premières réunions dont cette pièce fait état (11 octobre 2013, 8 novembre 2013, 13 décembre 2013 et 17 janvier 2014) portent, selon les extraits qu'elle reprend, sur la question des centres de diagnostic multidisciplinaires pour le syndrome de fatigue chronique ainsi que sur le traitement des patients concernés.

Il peut également être déduit de la "motivation" de la note CTK précitée que l'option fondamentale est d'établir une cohérence entre les règles relatives au remboursement des soins de kinésithérapie en vue du traitement du syndrome de fatigue chronique et de la fibromyalgie, la partie adverse soulignant dans son mémoire en réponse qu'en ce qui concerne les soins de kinésithérapie, "les deux syndromes nécessitent des soins similaires", sans préjudice des autres traitements pouvant être mis en place pour ces deux syndromes. Dans les procès-verbaux du Conseil technique de la kinésithérapie, (pièce 5 du dossier administratif), l'idée d'un parallélisme entre les deux syndromes apparaît le 13 décembre 2013. Après avoir relevé que la proposition du groupe de travail est de sortir les séances de kinésithérapie de la liste Fb, un membre indique que "la même démarche pourrait être effectuée pour la fibromyalgie qui recouvre plus ou moins la même entité pathologique". Un autre membre ajoute que, "comme le diagnostic de SFC va devoir être validé par les centres de diagnostic, il y a un risque que certains médecins prescrivent de la fibromyalgie [*sic*]. Si par la suite, la fibromyalgie est également sortie de la liste Fb, ce risque est évité et on réalise une économie [...]". Le 17 janvier 2014, un membre explique qu'une note CTK 2014/02 "pose différentes questions, celles qui nous concernent directement sont de savoir si le SFC et la fibromyalgie doivent être vus comme un seul item et de déterminer si il est utile de faire 60 séances de kinésithérapie par an pour un patient SFC". Il poursuit en indiquant que, "à la première de ces questions, il est clairement répondu que oui, voir le SFC et la fibromyalgie comme un seul item est une bonne idée". Un autre membre déclare être "d'accord sur le principe d'agir également sur la fibromyalgie mais rappelle que ça avait été introduit à la demande d'un ministre". Enfin, lors d'une réunion de la Commission de conventions kinésithérapeutes - organismes assureurs du 18 septembre 2014 (pièce 11 du dossier administratif), un membre indique être intervenu lors du Comité de l'assurance du 16 juin 2014 pour signaler "qu'il y aurait un transfert de diagnostic vers la fibromyalgie", que "ces patients allaient donc obtenir une intervention de kinésithérapie en liste «Fb» et que cela allait alourdir le budget correspondant [...]".

Il ressort des éléments du dossier et des écrits de procédure que l'objectif poursuivi par la partie adverse est de répondre aux besoins des patients concernés de manière plus adaptée qu'en se limitant à prévoir systématiquement le remboursement de 60 séances de kinésithérapie par an au taux le plus favorable. Cet objectif sous-tend tout à la fois l'instauration d'une série de 18 séances "spécifiques" de kinésithérapie et l'exclusion des syndromes de fatigue chronique et de fibromyalgie de la liste des situations décrites au § 14, 5°, B, mettant ainsi fin au bénéfice du remboursement au meilleur taux pour 60 séances par an dès lors que lesdits syndromes ont fait l'objet d'un diagnostic.

Selon les indications figurant sur le site internet de la partie adverse, les pathologies reprises au point B du § 14, 5°, nécessitent un traitement régulier de kinésithérapie qui peut durer plusieurs années. La partie adverse ne conteste pas que la fibromyalgie, qui était également inscrite sur la liste précitée jusqu'à l'adoption de l'acte attaqué, soit une maladie chronique. Elle l'affirme d'ailleurs aux pages 27 et 28 de son mémoire en réponse en soulignant, certes à propos d'un autre moyen que celui présentement examiné, "qu'apprendre à un adulte à se mobiliser peut, raisonnablement, être perçu comme quelque chose qui, une fois acquis, ne sera pas perdu étant donné que ledit patient se mobilisera tous les jours de la durée de son affection (qui est chronique et durable)". Elle ne soutient pas que le traitement d'une personne atteinte dudit syndrome ne nécessite plus de kinésithérapie au-delà des 18 séances dont l'objectif est, de manière spécifique, d'initier à l'auto – mobilisation. Elle se limite en effet à considérer que tous les patients atteints du syndrome de fibromyalgie n'ont pas nécessairement besoin de 60 séances de kinésithérapie chaque année, que les soins possibles ne se limitent pas nécessairement à la kinésithérapie et qu'il convient d'apporter à chaque patient une prise en charge personnalisée.

La réforme à laquelle procède l'acte attaqué aboutit à ce que, au terme des 18 séances "spécifiques" prévues pour les patients atteints du syndrome de fibromyalgie, et qui ne donnent lieu à un remboursement qu'une seule fois dans leur vie, ces patients ne bénéficieront plus d'aucun remboursement à un taux préférentiel en raison de cette seule pathologie, alors qu'il n'est pas contesté que celle-ci est durable comme le sont celles qui demeurent inscrites au point B du § 14, 5°. Or, le Conseil d'État n'aperçoit ni en quoi une telle mesure permettrait de rencontrer l'objectif d'individualisation du traitement que prétend poursuivre la partie adverse, ni en quoi ne pouvaient être prises, en vue de cet objectif, des mesures moins attentatoires aux droits des patients concernés, eu égard particulièrement au caractère

durable de la pathologie dont ils souffrent. Dans ces circonstances, n'est pas justifiée la différence de traitement opérée par l'acte attaqué entre les patients se trouvant dans une des situations visées par le § 14, 5°, B, et les personnes souffrant de fibromyalgie, dont la situation était, jusqu'à l'adoption de l'acte attaqué, également visée dans cette même disposition.

Dans cette mesure, le premier moyen est fondé en sa deuxième branche.

Il entraîne l'annulation de toutes les dispositions de l'arrêté attaqué relatives à la fibromyalgie, qui sont indissociables, ce que ne conteste pas la partie adverse. En effet, elles tendent toutes à mettre en œuvre le nouveau dispositif de soins dont l'élément fondamental est précisément d'exclure la fibromyalgie des situations visées au § 14, 5°, B.

Par ailleurs, si le moyen, tel qu'il est formulé dans la requête et dans les autres écrits des requérantes, ne porte formellement que sur les dispositions de l'arrêté attaqué relatives à la fibromyalgie, il résulte de l'examen qui précède qu'un des postulats de la partie adverse, qui transparaît tant des pièces du dossier que de ses écrits de procédure, réside dans la nécessité d'adopter des dispositions similaires pour la fibromyalgie et la fatigue chronique. Dans ces circonstances, l'annulation des seules dispositions relatives à la fibromyalgie s'analyserait comme une réformation de l'arrêté attaqué, ce pour quoi le Conseil d'État est sans compétence. Il s'ensuit que l'annulation doit s'étendre à la totalité de l'arrêté attaqué, ainsi que le sollicitent d'ailleurs les requérantes. Il n'y a dès lors pas lieu d'examiner les autres branches du premier moyen, qui ne sont pas de nature à entraîner une annulation plus étendue de l'acte attaqué.

VI. Autres moyens

Les autres moyens de la requête, à les supposer fondés, ne pouvant aboutir à une annulation plus étendue de l'arrêté attaqué, il n'y a pas lieu de les examiner.

VII. Dépersonnalisation

Dans la requête, les troisième, quatrième et cinquième requérantes ont sollicité la dépersonnalisation de l'arrêt à intervenir.

Selon l'article 2, alinéa 1^{er}, de l'arrêté royal du 7 juillet 1997 relatif à la

publication des arrêts et des ordonnances de non-admission du Conseil d'État, toute partie à un litige porté devant le Conseil d'État peut requérir à tout moment de la procédure et jusqu'à la clôture des débats que, lors de la publication de l'arrêt ou de l'ordonnance, l'identité des personnes physiques ne soit pas publiée.

Il n'y a pas lieu de s'opposer à cette demande.

VIII. Indemnité de procédure

Les parties requérantes sollicitent une indemnité de procédure de 700 euros. Il y a lieu de faire droit à cette demande.

**PAR CES MOTIFS,
LE CONSEIL D'ÉTAT DÉCIDE :**

Article 1^{er}.

Est annulé l'arrêté royal du 17 octobre 2016 modifiant l'article 7 de 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.

Article 2.

Lors de la publication du présent arrêt, l'identité des troisième, quatrième et cinquième parties requérantes ne sera pas mentionnée.

Article 3.

Le présent arrêt sera publié par extrait au *Moniteur belge*.

Article 4.

Une indemnité de procédure de 700 euros est accordée aux parties requérantes, à concurrence de 116.66 euros chacune à la charge de la partie adverse.

Les autres dépens, liquidés à la somme de 1200 euros, sont également mis à charge de la partie adverse.

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique de la VI^e chambre, le quatre juillet deux mille dix-neuf par :

MM. Imre KOVALOVSKY,	président de chambre,
David DE ROY,	conseiller d'État,
Marc JOASSART,	conseiller d'État,
Katty LAUVAU,	greffier.

Le Greffier,

Le Président,

Katty LAUVAU.

Imre KOVALOVSKY.