

DECISION DE LA CHAMBRE DE PREMIERE INSTANCE DU 11 AVRIL 2024

Numéro de rôle FA-003-23

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

Représenté par le Docteur F., médecin-inspecteur et par Madame G., juriste,

Partie requérante ;

CONTRE : **Monsieur A.**
médecin généraliste agréé + titulaire d'attestation ECG

Et B. SPRL

Comparaisant en personne et en qualité de gérant de la SRL B.,
assisté par Maître C., avocat, et par Me D. loco Maître E., avocat,

Parties défenderesses.

I. PROCEDURE

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

- la requête du SECM reçue au greffe de la Chambre de Première Instance le 02.03.2023 et notifiée aux parties défenderesses les 3 et 6 mars 2023 ;
- la note de synthèse et le dossier du SECM ;
- les conclusions et conclusions en réponse des parties défenderesses ;
- les conclusions du Service d'évaluation et de contrôle médicaux (ci-après le SECM) ;
- les différentes convocations en vue de l'audience du 15.02.2024.

Les parties ont comparu à l'audience du 15.02.2024, audience à laquelle les débats ont été clos et le dossier pris en délibéré.

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

II. OBJET DE LA DEMANDE

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

- Déclarer établi le grief formulé pour tous les cas cités dans la note de synthèse ;
- Condamner solidairement le Dr A. et la SPRL B. au remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé, soit la somme de 206.240,00 euros (article 142, §1er, 2°, de la loi SSI) ;
- Condamner le Dr A. au paiement d'une amende administrative s'élevant à 100% du montant de la valeur des prestations indues, soit la somme de 206.240,00 euros (article 142, §1er, 2° de la loi SSI), dont la moitié assortie d'un sursis de 3 ans, soit la somme de 103.120,00 euros ;
- Dire qu'à défaut de paiement des sommes dues par le Dr A. et la SPRL B. dans les 30 jours de la notification de la décision de la Chambre de première instance, des intérêts au taux légal en matière sociale, tel que prévu à l'article 156, §1er de la loi SSI, seront dus, de plein droit, à compter de l'expiration du délai précité.

III. SYNTHÈSE DES FAITS

Le Dr A. a été sélectionné dans le cadre du dossier thématique ...« Médecins généralistes avec augmentation des profils et prestations facturées par le circuit du tiers payant électronique ».

Lors de l'analyse des données par le service d'enquête, il a été convenu de se focaliser sur les prestations «101135 » Covid 19 - Avis en vue de la continuité des soins.

Le Dr A. est diplômé de l'Université de Liège le ...

Il est inscrit à l'INAMI depuis le ..., conventionné depuis le ... et non accrédité.

Il est indépendant depuis le ... et gérant de la société B. N° BCE ... depuis le ...

Emploi du temps

Activité de médecine générale de 9 heures du matin à 19 h 30 en moyenne se répartissant de la façon suivante :

- Consultations libres : du lundi au samedi de 9 h à 10 h 30 ; du lundi au vendredi de 17 h à 18 h 30 ;
- Consultations sur RDV: du lundi au vendredi de 13 h à 15 h ;

Les consultations libres commencent parfois plus tôt le matin, se prolongent souvent jusqu'à 12 h 30 et ainsi que le soir jusqu'à 19 h 30 voire 20 h.

- Visites à domicile entre les consultations, en soirée ou avant 9 heures, activité de secrétariat.

Le Dr A. ne travaille pas avec un secrétariat. Il est joignable sur GSM du lundi matin au samedi matin non-stop jusqu'à minuit, le weekend par SMS.

Il effectue son travail administratif en partie en dehors des contacts patients.

Logistique et administration

Son cabinet médical est situé ...

Il effectue tant des visites à domicile que des consultations, avis, Dossier Médical Global.

Procédures de facturation

D'après l'analyse des données NewAttest :

1. Paiement en cash

Du 01-06-2018 au 30-11-2020 (date d'introduction aux OA), 800 prestations sur 48.972 prestations soit 1,6 %, ont été facturées sans utilisation du tiers payant.

Le montant facturé à l'ASSI s'élève à 23.840,03 €.

2. Paiement via efact

Le Dr A. utilise le logiciel care connect depuis 2018.

Du 01-06-18 au 30-11-2020 (date d'introduction aux OA), 98,4 % des prestations ont été facturées via le tiers payant.

Le montant facturé à l'ASSI s'élève à 1.052.938,42 €.

Depuis 2018, année d'utilisation de care connect, le Dr A. n'a plus de dossiers papiers. Tous les dossiers sont informatisés.

Son profil comptable est le suivant :

En 2020 et en 2021, le Dr A. est au rang 3 pour l'utilisation du code 101135 (percentile 99,99).

Pour le premier semestre de 2022, il est au rang 2 pour l'utilisation du code 101135 (percentile 99,99).

Profil comptable anonymisé.

Résumé

Période comptable	Code NPS	Description du code	Nb prestations	Remb. en €	Classement dans les dispensateurs: 65 (100=max)
1er semestre 2022	101135	<i>Covid 19 Avis continuité</i>	6.760	135.200,00	99,99
1e semestre 2022	101032	Consult. Médecin Généraliste	3.948	76.368,00	99,16
1e semestre 2022	103132	Visite par le médecin Généraliste	441	15.148,18	1,71
2021	101135	<i>Covid 19 Avis continuité</i>	13.031	260.620,00	99,99
2021	101032	Consult. Médecin Généraliste	7.544	145.174,31	99,56
2021	103132	Visite par le médecin Généraliste	1.197	43.756,71	91,91
2020	101135	<i>Covid 19 Avis continuité</i>	11.597	231.940,00	99,99
2020	101032	Consult. Médecin Généraliste	6.519	125.508,01	99,62
2020	103132	Visite par le médecin Généraliste	755	25.235,64	78,14
2019	101032	Consult. Médecin Généraliste	14.690	276.213,61	99,95
2019	103132	Visite par le médecin Généraliste	1.319	43.296,59	88,42
2018	101032	Consult. Médecin Généraliste	12.010	218.216,47	99,91
2018	103132	Visite par le médecin Généraliste	2.056	65.491,58	95,67
2017	101032	Consult. Médecin Généraliste	16.215	292.106,24	99,99
2017	103132	Visite par le médecin Généraliste	3.900	124.098,81	99,45

Les paiements en tiers payant s'élèvent à plus de 98 %.

Antécédents relatifs à la législation ASSI

Dossier ... : introduction tardive auprès des organismes assureurs d'attestations de soins donnés (ASD). Un PVC dressé le 24/03/2017 a entraîné une sanction administrative de 1.000 €.

IV. GRIEFS

A. Grief unique

Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer des documents réglementaires permettant le remboursement des prestations de santé lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, dans ses arrêtés et règlements d'exécution, dans les conventions et accords conclus en vertu de ladite loi.

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

Le code 101135 (Avis en vue de la continuité des soins) n'a pas été **conformément consigné** au dossier médical.

Analyse des prestations 101135

L'analyse de 1.255 prestations sur 10.312 prestations 101135 montre qu'aucune d'elles n'est conforme sur la période du 23.03.2020 au 30.11.2020.

En effet, la raison motivée de cet avis et les conseils fournis ne sont pas indiqués dans le dossier du patient or il s'agit de conditions requises par la nomenclature pour que la prestation soit conforme.

Les dossiers médicaux des journées avec plus de 100 prestations attestées, ont été demandés au prestataire. 19 journées et 2.183 prestations ont été examinées. De cet examen, il résulte que seules 2 prestations sur les 2.183 étaient conformes : il s'agissait de 2 prestations 'avis' de code 109012.

Les autres prestations, que ce soit des consultations, des visites ou des avis pour la continuité des soins étaient non conformes car il n'a été retrouvé aucune trace dans les dossiers, de la raison motivée ni des conseils donnés tant pour les consultations, les visites et les avis en vue de la continuité des soins.

Un grief a été notifié uniquement pour la non-conformité des avis 101135.

Lors de son audition du **06/07/21**, le Dr A. déclare :

« Depuis Care Connect je n'ai plus de dossier papier.

[...]

« Je mets le motif de la consultation depuis 2-3 mois et le médicament prescrit. Il y a toujours une petite conversation et des conseils avec le patient ».

10.312 prestations de santé non conformes concernant 2.725 assurés sont portées à grief pour un indu de 206.240 €.

B. Les dispositions légales en cause

L'A.R n° 20 du 13 mai 2020 « portant des mesures temporaires dans la lutte contre la pandémie COVID-19 et visant à assurer la continuité des soins en matière d'assurance obligatoire soins de santé » a été publié au M.B. le 19/5/2020 pour une entrée en vigueur rétroactive au 14/3/2020 pour les articles 4 à 29.

(...)

Art. 8. Soins par un médecin

(...)

§ 2. Continuité des soins :

101135 Avis en vue de la continuité des soins

Par avis en vue de la continuité des soins, il faut entendre l'anamnèse par téléphone d'un patient en traitement chez le médecin ; patient qui pour des raisons bien motivées ne peut pas rencontrer le médecin en personne vu les avis concernant la pandémie COVID-19.

Le médecin doit pouvoir identifier clairement son patient et note dans le dossier médical du patient le contact téléphonique, la raison motivée qui requiert cet avis, les conseils fournis, les adaptations éventuelles au schéma thérapeutique et la nature des documents délivrés.

§ 3. Règles d'application :

§ 4.

*Les prestations 101990, 101835 et **101135** sont effectuées en dehors de tout examen physique du malade.*

Le médecin ne rencontre pas le patient en personne.

*Les prestations 101990, 101835 et **101135** incluent la rédaction et la signature éventuelle de certificats, d'ordonnances pharmaceutiques et de documents divers.*

*Les prestations 101990 et **101135** peuvent être attestées par tout médecin.*

(...).

*Les prestations 101990, 101835 et **101135** ne peuvent pas être cumulées avec les honoraires de consultation, visite ou avis mentionnés à l'article 2 de la nomenclature.*

*Les prestations 101990, 101835 et **101135** ne sont pas cumulables le même jour par le même médecin.*

*La prestation **101135** peut être attestée maximum 5 fois par patient par médecin par période de 30 jours.*

(...)

Le rapport au Roi précédent l'AR n°20 du 13 mai 2020¹ dispose

« Les mesures énoncées aux articles 4 à 18 inclus sont des propositions rédigées en concertation avec les partenaires à leur demande ou après que les représentants des dispensateurs de soins ou les organismes assureurs aient pris contact avec l'INAMI au sujet des problèmes de continuité de soins nécessaire dans le cadre des mesures prises contre la propagation du virus. Pour chaque mesure adoptée, des réunions virtuelles ont eu lieu avec les organisations professionnelles concernées (médecins, dentistes, kinésithérapeutes, logopédistes, sages-femmes, fédérations hospitalières) et avec les organismes assureurs. Une concertation préparatoire avec une délégation du Conseil technique médical a également eu lieu pour les mesures relatives à la radiothérapie hypofractionnée des patients atteints d'un cancer du sein et à la surveillance particulière des patients atteints de COVID-19. Ces réunions à distance ont eu lieu soit avec chaque partie concernée individuellement, soit dans le cadre de réunions conjointes. Le résultat a été remis aux participants.

[...]

Les articles 8 à 13 inclus prévoient la création de prestations spécifiques à distance ainsi que les règles d'application y afférentes pour les médecins, dentistes et kinésithérapeutes.

L'article 8 prévoit des prestations spécifiques permettant aux médecins de trier par téléphone (§1er) les patients potentiellement affectés par le COVID-19 et de donner un avis téléphonique (§ 2) aux autres patients dans le but de préserver la continuité des soins.

La notion d'appel téléphonique couvre les moyens de communication synchrone, en ce compris la vidéocommunication.

L'article 8, § 3, détermine les règles d'application pour ces prestations.

Cet article 8 a été abrogé par l'AR du 26 juin 2022 avec effet au 01-08-2022.

¹ M.B.19 mai 2020, pp 36104 à 36109

L'article 1 §8 de la NPS, prévoit les délais de conservation des divers documents et dossiers.

§8. Sans préjudice des délais de conservation imposés par d'autres législations ou par les règles de la déontologie médicale, les rapports, documents, tracés, graphiques mentionnés dans les libellés de cette nomenclature, ainsi que les rapports, documents, tracés, graphiques comme indiqué dans l'alinéa suivant, ainsi que les protocoles de radiographies et d'analyses de laboratoire doivent être conservés pendant une période d'au moins cinq ans. Les données doivent être immédiatement disponibles pour les contrôles prévus par la loi."

"A.R. 31.8.1998" (en vigueur 1.11.1998) + "A.R. 20.01.2020" (en vigueur 1.3.2020) "Pour les prestations pour lesquelles il n'y a pas de demande explicite de rapport, document, tracé, graphique dans le libellé, le dossier devra démontrer l'exécution de la prestation."

C. Position du Docteur A.

1) Le délai entre la création du code 101135 et la publication de l'arrêté royal (parution le 19/05/20 au Moniteur Belge), ainsi que l'absence d'écologie ont été en partie responsables de la non-conformité des prestations 101135.

2) L'inadéquation du template du programme careconnect - sans menu déroulant incontournable avec la marche à suivre - est responsable aussi de la non-conformité de la prestation 101135.

3) Subsidiairement, la période infractionnelle doit être limitée à la date de la publication du M.B.

4) Subsidiairement, les prestations pourraient être admises sur base du code 109012.

D. Examen du grief

Pour que la prestation 101135 (avis en vue de la continuité des soins) puisse être attestée, toutes les conditions listées ci-dessous doivent être présentes dans le dossier médical de l'assuré :

- Indication du contact téléphonique
- **Raison motivée qui requiert cet avis**
- **Les conseils fournis**
- Les adaptations éventuelles au schéma thérapeutique
- La nature des documents délivrés.

Effectivement, l'utilisation du code 101135 a été autorisée par l'INAMI à partir du 14.03.2020 alors que l'A.R. du 13 mai 2020 n'a été publié que le 19.05.2020.

Mais, sur le site WEB de l'INAMI, les prestataires sont informés dès le 19.03.2020 :

1. de la possibilité d'attester ce nouveau code créé en urgence pour faire face à la pandémie du COVID 19 et,

2. sur le renvoi à la note du Comité de l'assurance du 16/3/2020 qui décrit ce qui doit être consigné dans le dossier médical² et³.

La CPI ne peut suivre la version du Docteur A. motivée comme suit :

« Selon la compréhension du docteur A., cette notion de « raison motivée qui requiert cet avis » fait référence à la condition exprimée dans la phrase précédente à savoir « patient qui pour des raisons bien motivées ne peut pas rencontrer le médecin en personne vu les avis concernant la pandémie COVID-19 ».

C'est la raison pour laquelle, comme proposé par défaut par son logiciel Care Connect, le docteur A. a validé le motif de « Continuité soins (COVID-19) ».

Il s'agit bien là du motif exact de la consultation donnée à distance par téléphone, à savoir l'interdiction de tout rapprochement physique et la nécessité de pratiquer à distance »

Il s'agirait là d'une tautologie : ce code suppose justement comme 1^{ère} condition d'application que des soins doivent être poursuivis et que le patient ne puisse se déplacer chez son médecin habituel en raison des restrictions liées au covid.

Dès lors que, outre la raison de la consultation téléphonique, le suivi devait également être indiqué, une seule interprétation s'avérait pertinente : quel était l'état de santé nécessitant des soins continus et quel sort a été réservé à cette demande.

Quant au caractère rétroactif de certaines dispositions de l'A.R. n° 20,

La Cour Constitutionnelle valide les dispositions légales ayant effet rétroactif à certaines conditions.

En effet, selon la Cour,

« Le législateur ne peut porter atteinte sans justification objective et raisonnable à l'intérêt que possèdent les sujets de droit à se trouver en mesure de prévoir les conséquences juridiques de leurs actes »⁴

« La rétroactivité ne peut se justifier que par des circonstances particulières »⁵

² <https://www.inami.fgov.be/fr/theme/continuite-et-securite-des-soins-avis-medicaux-a-distance-par-les-maisons-medicales-et-les-postes-de-garde#:~:text=Pour%20ces%20avis%20donn%C3%A9s%20par,l'assurance%20soins%20de%20sant%C3%A9.&text=Pour%20un%20C2%AB%20avis%20en%20vue%20de%20la%20continuit%C3%A9%20des%20soins.m%C3%A9decins%20utilisent%20le%20code%20101135.>

³

Plus d'informations

1. Note du comité de l'assurance 16-03-2020 : Mesures relatives à la nomenclature, aux postes de garde de médecine générale et aux certificats d'incapacité de travail dans le contexte de la pandémie COVID-19 (<https://www.inami.fgov.be/fr/actualites/avis-medical-par-telephone-un-honoraire-specifique-pour-les-medecins-pendant-la-crise-du-covid-19>)

2. Nos réponses aux questions les plus fréquemment posées à propos de ces 2 nouveaux codes de prestations

⁴ Arrêt du 11 février 1993, n°10/93, M.B., 9 mars 1993, considérant B.9.3

⁵ Arrêt du 6 novembre 1997, n°64/97, M.B., 17 janvier 1998

La Cour poursuit en mentionnant que :

« La rétroactivité de dispositions législatives, qui est de nature à créer une insécurité juridique, ne peut se justifier que par des circonstances particulières, notamment pour réaliser un objectif d'intérêt général, comme le bon fonctionnement ou la continuité du service public. (...) »

Le Préambule de l'arrêté précité stipulait :

« Considérant la nécessité de régulariser au plus vite l'ensemble des mesures adoptées et déjà mises en œuvre pour des raisons de santé publique et de continuité des soins ainsi qu'afin de limiter la rétroactivité de celles-ci et de garantir la sécurité juridique pour l'ensemble des acteurs impliqués au quotidien dans la lutte contre la pandémie ; (...) » L'arrêté royal ne faisait donc que formaliser dans un texte réglementaire les mesures qui existaient déjà depuis mars 2020 ».

Le caractère rétroactif de ces dispositions (art. 4 à 29) est donc parfaitement justifié puisqu'il consiste à donner une base légale à ce qui n'était auparavant qu'une construction administrative rédigée dans l'urgence.

Le Docteur A. ne peut être suivi dans son argumentation qui consiste à « sectionner » le recours au code 101135 et les modalités d'application de ce code.

S'il a bien pris connaissance de la possibilité d'utiliser ce code, qui n'existait pas dans la NPS et a été créé pour les besoins de la situation avant sa publication au M.B., il ne peut être cru quand il déclare l'avoir utilisé, sans avoir vérifié ses conditions d'application, d'autant que celles-ci sont identiques à celles qui seront mentionnées dans l'A.R. n° 20.

Et si tel est le cas, il ne peut que s'en prendre à sa propre négligence.

De même, justifier l'absence des mentions adéquates par un programme informatique qui ne proposerait pas cette option dans le menu déroulant, ne peut être entendu. En effet, ce programme a été conçu et acquis avant la crise sanitaire et avant l'introduction du code 101135.

Il n'y a donc pas lieu de limiter la période infractionnelle à partir du 19 mai 2020, comme le sollicite le Docteur A.

L'argumentation à titre subsidiaire – le code 109012

Les prestations accomplies constituent à tout le moins un « avis » (code 109012 de la NPS)

Ce code est repris comme suit :

109012

Avis

N

2

Par avis, il faut entendre la rédaction et la signature, en dehors de tout examen du malade, de certificats, ordonnances pharmaceutiques et documents divers. Les honoraires pour avis ne peuvent jamais être cumulés avec les honoraires pour consultation ou visite.

En théorie, et pour autant que les conditions d'application de cet article soient rencontrées, le Dr A. pourrait s'en prévaloir à la place du code 101135.

Toutefois c'est à la condition qu'il puisse établir, cas par cas, dossier par dossier, la rédaction et la signature d'un document : le certificat ou l'ordonnance à la suite de l'appel téléphonique.

Or ainsi qu'il l'a été précisé concernant le code 101135, le Docteur A. n'a pas précisé la suite qu'il avait réservé à l'appel téléphonique reçu dans le dossier des patients.

Dès lors, il n'est pas établi qu'il y a eu pour les dossiers considérés, rédaction d'un document - c'est-à-dire un écrit – précisant le document délivré.

Cet argument ne peut donc être suivi.

V. LA DEMANDE DE TITRE EXÉCUTOIRE

Le SECM introduit une demande de récupération tendant à la condamnation solidaire du Dr A. et de la SRL B. au remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé, soit la somme de 206.240,00 euros (article 142, §1er, 2°, de la loi SSI).

Les griefs étant établis, il convient de faire droit à cette demande.

VI. LES INTÉRÊTS

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

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

VII. L'AMENDE ADMINISTRATIVE

Le SECM estime nécessaire de prononcer une amende administrative à charge du Docteur A. s'élevant à 100 % du montant de la valeur des prestations indues, soit la somme de 206.240,00 euros (article 142, §1er, 2° de la loi SSI), dont la moitié assortie d'un sursis de 3 ans, soit la somme de 103.120,00 euros.

Les mesures prévues à l'article 142, §1^{er}, 2° de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 sont d'application, à savoir :

- pour les prestations non conformes, le remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé et/ou une amende administrative comprise entre 5% et 150 % du montant du remboursement.

La demande est motivée comme suit :

“En effet, s’agissant de l’attestation de prestations non conformes, le législateur a encadré de manière très précise les possibilités d’attester des soins médicaux, afin d’éviter les abus qui pourraient découler d’une appréciation souple et extensive des conditions fixées par la réglementation en matière de soins de santé.

La réglementation en matière de soins de santé est de stricte interprétation et doit être appliquée rigoureusement car les dispensateurs de soins collaborent à un service public, ce qui repose sur un rapport de confiance notamment entre l'INAMI, les organismes assureurs et les dispensateurs de soins. Le respect des formalités administratives prévues par la réglementation est un des fondements de ce rapport de confiance. S'ils ne s'y conforment pas, ils brisent ce rapport de confiance et mettent en péril l'équilibre des deniers publics, ne permettant pas de vérifier l'existence d'une infraction.

Or, pour la période de prestation allant du 23-03-2020 au 30-11-2020 inclus (introduction auprès des organismes assureurs du 25-03-2020 au 30-11-2020 inclus), soit 8 mois, le Dr A. pas moins de 10.312 prestations de code 101235 pour lesquelles le dossier n'était pas complété comme prévu par la réglementation.

Ce comportement a entraîné un indu très important pour l'assurance soins de santé de 206.240 € que le Dr A. n'a à ce jour, pas remboursé.

Il a, par ailleurs, avoué qu'il ne s'était conformé à ses obligations qu'en avril 2021.

Dans ces conditions, au regard de ces éléments, mais aussi de l'expérience du Dr A. (diplômé en 1979), du montant très élevé de l'indu (206.240 euros), du nombre élevé des prestations reprochées (10.312) et de l'absence d'antécédent dans son chef, le SECM estime qu'il convient de prononcer à charge du Dr A. une amende administrative de 100% du montant de la valeur des prestations à rembourser, soit une amende d'un montant de 206.240,00 euros.

Par ailleurs, en application de l'article 157, §1^{er} de la loi ASSI et compte tenu de l'absence d'antécédent du Dr A., le SECM estime que l'amende administrative peut être assortie d'une mesure de sursis pour la moitié de celle-ci. La sanction effective rappellera à l'intéressé l'importance de la faute commise, et celle avec sursis l'incitera à rectifier, pour l'avenir, sa pratique dans un sens conforme à la réglementation et aux exigences de son art.”

Le Docteur A. demande à la Chambre de :

- ne pas prononcer de sanction ;
- subsidiairement de la réduire à son minimum légal et de l'assortir d'un sursis.

Nous décidons :

➤ Quant au principe de l'amende :

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

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

Le Docteur A. invoque l'erreur invincible dans son chef. Il n'a pas agi consciemment, ayant mal compris le sens de ses obligations.

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

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

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

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

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

« L'existence de cet élément moral peut être déduite du simple fait matériel commis et de la constatation que ce fait est imputable au prévenu, étant entendu que l'auteur est mis hors de cause si un cas de force majeure, une erreur invincible ou une autre cause d'excuse sont établis, à tout le moins, ne sont pas dénués de crédibilité. »⁶

L'erreur ou l'ignorance ne peuvent être retenues comme causes de justification que pour autant qu'elles soient invincibles, c'est-à-dire lorsqu'il peut se déduire de circonstances que l'auteur de l'infraction a agi comme l'aurait fait toute personne raisonnable et prudente⁷.

La complexité de la législation sociale en vigueur ne peut être considérée comme source d'erreur invincible⁸.

De plus, la simple constatation que l'auteur de l'infraction ait été mal conseillé, fût-ce par une personne qualifiée, ne suffit pas en soi pour que l'erreur soit considérée comme

⁶ Cass. 24 février 2014, S.2013.0031.N, Juportal

⁷ Cass., 2ème ch., 1er octobre 2002, rôle n° P011006N, Cass., 1ère ch., 16 septembre 2005, rôle n° C040276F; C. trav. Bruxelles, 26 octobre 2010, RG n° 40.153-40.316; C. trav. Liège, sect. Liège, 21 avril 2010, RG n° 36395/09.

⁸ C. HENNEAU et J. VERHAEGEN, Droit pénal général, Bruylant, Bruxelles, 1991, p. 338; Anvers, 9 octobre 1997, Chr.D.S., 1998, p. 145; C. trav. Liège, sect. Namur, 6 août 2009, RG n° 8697/08-8700/08 consultable sur juridat ; cass. 14 mai 2012, Pas. 2012, n°300.

étant invincible ; il appartient au juge d'apprécier en fait si pareil avis a induit l'auteur de l'infraction dans un état d'erreur invincible⁹.

En l'espèce, le Docteur A. a eu connaissance de la possibilité d'utilisation du code 101135 bien avant la publication de l'A.R. n° 20 au M.B. et l'a utilisé plus que la majorité de ses confrères¹⁰.

Il ne peut être suivi lorsqu'il déclare ne pas avoir compris les conditions d'utilisation de ce code en mars 2020, faute de publication au M.B., mais les avoir comprises après la publication du M.B. alors qu'elles étaient identiques à celles mentionnées sur le site de l'Institut National d'Assurances Maladie Invalidité...

Il n'y a pas d'erreur invincible dans son chef, au mieux, de la négligence.

Le principe de l'amende administrative est justifié.

➤ Quant au montant de l'amende :

Le fonctionnaire dirigeant a infligé l'amende moyenne soit 100%.

Il convient de retenir que le Docteur A. n'a pas d'antécédents spécifiques. Toutefois lui infliger une amende de 5% s'avère inadéquat à peine de banaliser ce type de comportement.

Il convient de lui rappeler le strict respect de la NPS d'autant que l'existence de plus de 100 facturations de ce code 101135 par jour, outre les visites et les consultations, laisse planer un sérieux doute quant à la réalité des prestations, réalité impossible matériellement à vérifier !

Il convient donc de lui appliquer une amende de 50% du montant de l'indu soit la somme de 103.120 €.

➤ Quant au sursis :

L'article 157 de la loi ASSI dispose

« § 1er. Le Fonctionnaire-dirigeant, ou le fonctionnaire désigné par lui, la Chambre de première instance ou la Chambre de recours peut décider qu'il sera sursis, en tout ou en partie, à l'exécution des décisions infligeant les amendes visées à l'article 142.

Le sursis, d'une durée de un à trois ans, peut être accordé lorsque dans les trois ans précédant le prononcé, aucune amende administrative n'a été infligée ni aucun remboursement de prestations indues n'a été imposé à l'intéressé par une instance administrative ou juridictionnelle instituée au sein ou auprès de l'Institut. »

Dans sa requête, le SECM octroie au Docteur A. un sursis de 3 ans pour la moitié de l'amende.

Ce sursis est maintenu pour la moitié de l'amende réduite à 50% du montant de l'indu.

⁹ Cass., 2ème ch., 1er octobre 2002, RG n° P011 006N.

¹⁰ Le contrôle s'est porté uniquement sur les prestataires qui facturaient plus de 100 fois le code 101135 sur une même journée.

PAR CES MOTIFS

LA CHAMBRE DE PREMIERE INSTANCE,

Statuant contradictoirement à l'égard du SECM, du Docteur A. et de B. SPRL

Déclare la demande du SECM recevable et partiellement fondée.

En conséquence,

- **Déclare** le grief établi et ce faisant ;
- **Condamne** le Docteur A. et la S.P.R.L. B. à rembourser la valeur des prestations indues s'élevant à 206.240 euros ;
- **Condamne** le Docteur A. à payer une amende réduite à 50 % du montant des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé (LC 14.07.1994, article 142,§1er, 2°), soit 103.120 euros ;
- **Octroie** un sursis de 3 ans pour la moitié de l'amende administrative ainsi réduite.
- **Dit** qu'à défaut de paiement des sommes dues dans les trente jours de la notification de la présente décision, des intérêts au taux légal en matière sociale, tel que prévu à l'article 2, §3, de la loi du 5 mai 1865 relative au prêt à intérêt, seront dus, de plein droit, à compter de l'expiration du délai précité.

La présente décision est prise par la Chambre de première instance, composée de Madame Corinne GUIDET, Présidente, des Docteurs Georges DESQUIENS, Thibaut DUJARDIN, membres présentés par les organismes assureurs, Docteurs Christiane JACQUEMAIN et Benoît AKANDO, membres présentés par les organisations représentatives du corps médical, assistés de Madame Dominique HONVAULT, greffière.

Et prononcée à l'audience du 11 avril 2024 par Madame Corinne GUIDET, Présidente, assistée de Madame Dominique HONVAULT, greffière.

Dominique HONVAULT
Greffière

Corinne GUIDET
Présidente