

**DECISION DU FONCTIONNAIRE-DIRIGEANT DU 7 JUIN 2024
BRS/F/24-004**

Concerne : **Madame A.**
Cabinet médical B. SRL

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

1. GRIEF FORMULE

Un grief a été formulé concernant le Docteur A., suite à l'enquête menée par les inspecteurs du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI.

En résumé, il lui est reproché :

Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer des documents réglementaires permettant le remboursement des prestations de santé lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, dans ses arrêtés et règlements d'exécution, dans les conventions et accords conclus en vertu de cette même loi et/ou lorsque des prestations visées à l'article 34 de cette même loi ont été prescrites durant une période d'interdiction temporaire ou définitive d'exercice de la profession.

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

1.1. Présentation du grief « prestations non conformes »

1.1.1. Base réglementaire

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

(...)

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:

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.

(...)

1.1.2. Prestation en cause

N°code de prestation	Lettre clé et coefficient	Libellé	Date d'entrée en vigueur	NB prestations litigieuses
101135	N10	Avis en vue de la continuité des soins	14-03-2020	2.205

1.1.3. Argumentation

Le docteur A. a porté en compte à l'Assurance Soins de Santé et Indemnités (ASSI) des prestations 101135 non conformes.

Ces prestations ne répondent pas aux dispositions de l'article 8 de l'arrêté royal (A.R.) n°20 du 13 mai 2020, et auraient pu être attestées sous le code 109012 de la nomenclature des prestations de santé (N.P.S.). En effet, la raison motivée de cet avis et/ou les conseils fournis ne sont pas indiqués dans le dossier médical du patient. Or, il s'agit de conditions requises par l'A.R. n°20 du 13 mai 2020 pour que la prestation soit conforme.

Le constat de l'infraction se base sur :

- l'analyse des données de facturation.
- l'analyse d'un échantillon aléatoire établi selon l'article 146 § 2.1 de la loi ASSI coordonnée le 14/7/94.
- l'extrapolation de cet échantillon à l'ensemble des prestations 101135, réalisée selon l'article 146§2.1 de la loi ASSI coordonnée le 14/7/94.

Détail de l'application de la méthode de vérification par échantillonnage et extrapolation

Base de sondage

La base de sondage se compose de 27.425 prestations attestées sous le code 101135. La période d'attestation s'étend du 30/03/2020 au 28/06/2021 et celle de réception par les organismes assureurs du 30/03/2020 au 30/06/2021. Cette base de sondage comporte 2.898 bénéficiaires différents. Le nombre de prestations par bénéficiaire varie entre 1 et 58. Le montant total des remboursements concernés est de 548.500 €.

Le Listing des 27.425 prestations 101135 de la base de sondage se trouve dans le procès-verbal de constat du 28/02/2022 en annexe 3 (page 15 à page 326).

Echantillonnage

Un tirage aléatoire de 500 prestations 101135 fut effectué afin de réaliser un échantillon aléatoire représentatif.

Analyse de l'échantillon

L'analyse de l'échantillon aléatoire des 500 prestations 101135 de la base de sondage montre que 53 soit 10,6% des prestations ne respectent pas les dispositions de l'A.R. n°20 du 13 mai 2020.

Ce listing se trouve dans la discussion des cas au point 1.6.2. de la note de synthèse.

Estimation de la borne inférieure

Sur base du pourcentage de prestations indûment portées en compte dans l'échantillon, un intervalle de confiance unilatéral de 97,5% pour la proportion de prestations indûment portées en compte dans l'ensemble de la base de sondage fut ensuite calculé. Le but de ce calcul est de déterminer une valeur limite inférieure pour laquelle le risque qu'il s'agisse encore d'une surestimation de la proportion réelle dans la base de sondage sera réduit à moins de 2,5% comme le prescrit l'art. 146, § 2/1 de la Loi relative à l'ASSI coordonnée le 14 juillet 1994.

Au bénéfice du prestataire, les formules très conservatrices du type Clopper-Pearson sont utilisées pour limiter le plus strictement possible le risque de surestimation aux 2,5% stipulés par la loi (voir Clopper & Pearson, 1934; Korn & Graubard, 1998).

Cette procédure procure une borne inférieure estimée de 8,0415% pour le pourcentage de prestations 101135 indûment portées en compte.

Extrapolation

L'analyse des 500 prestations de l'échantillon montre que 53 prestations sont non conformes: 27 ne pouvaient être attestées vu l'absence des prescrits du code 101135 et 26 prestations auraient dû être portées en compte comme un avis 109012 (fourniture de document uniquement).

La problématique a été simplifiée en considérant les 53 prestations à grief de l'échantillon comme des avis 109012. Ceci est à l'avantage de la prestataire puisque le montant indu final sera nettement inférieur. Un indu différentiel a été calculé pour toutes les prestations de la base de sondage. Celui-ci se base sur les tarifs de remboursement de l'année de

prestation correspondante à l'année d'entrée en vigueur du remboursement et sur le statut du bénéficiaire pour le code 109012.

1300: Intervention bénéficiaires avec régime préférentiel
1600 Intervention bénéficiaires sans régime préférentiel

Code nomenclature	Date d'entrée en vigueur/ Date de fin	Régime bénéficiaire	Intervention bénéficiaire
109012	01-01-20/31-12-20	1300	3,61 €
109012	01-01-20/31-12-20	1600	3,01 €
109012	01-01-21/31-12-21	1300	3,65 €
109012	01-01-21/31-12-21	1600	3,04 €

Le montant total des 27.425 remboursements dans la base de sondage était de 548.500,00 €. En remplaçant chacun de ces remboursements par le montant correspondant à la prestation 109012 on obtient un nouveau total de 91.050,74 €.

Par conséquent, le montant faisant l'objet de l'extrapolation est de:
 $548.500 \text{ €} - 91.050,74 \text{ €} = 457.449,26 \text{ €}$.

L'application de la borne inférieure donne un montant indu estimé de:
 $457.449,26 \text{ €} \times 0,080415 = 36.785,78 \text{ €}$

1.1.4. Position et justification du dispensateur de soins

Lors de l'audition du 26-11-2021, la prestataire n'a pas accepté l'analyse des dossiers médicaux qui montrait que 44% des prestations 101135 n'étaient pas conformes à la réglementation.

Déclaration du Dr A. :

« Je ne sais pas vous dire, parfois je ne note pas tout dans les dossiers. Je vous précise que je n'ai pas noté pourquoi ils ne pouvaient se déplacer en consultation mais j'ai quand même noté au moins les motifs des appels ».

Déclaration de l'avocat Maître C. :

« Vous avez choisi des journées fort chargées, c'est difficile de dire si ce pourcentage est représentatif ».

Suite à cette audition, il a été décidé de procéder à un échantillonnage représentatif extrapolé à l'ensemble des prestations 101135.

Par mail du 20/03/2022, la prestataire a indiqué marquer son accord avec un remboursement total, en retournant l'invitation au remboursement volontaire signée et en procédant au versement le 21/03/2022 d'une somme de 36.785,78 € sur le compte de l'INAMI.

1.1.5. Conclusion

Ce grief concerne **2.205** prestations pour un indu total de **36.785,78 €**. Les dates de réalisation de ces prestations s'étendent du 30-03-2020 au 28-06-2021 inclus et les dates d'introduction aux OA, du 30-03-2020 au 30-06-2021 inclus.

La méthode d'échantillonnage et d'extrapolation définie par l'article 146§2.1 de la loi ASSI coordonnée le 14/07/1994, a permis d'établir que 2.205 prestations 101135 (avis en vue de la continuité des soins) auraient du être tarifées comme des prestations 109012 (avis).

2. DISCUSSION

2.1. Sur le bien fondé du grief

Le grief unique repose sur l'analyse des dossiers médicaux des patients de l'échantillon aléatoire tiré parmi la base de sondage de 27.425 prestations attestées sous le code 101135. Ces dossiers médicaux ont été demandés au prestataire le 8/12/2021 et transmis au Service par un tiers le 23/12/2021.

Les prestations retenues non conformes l'ont été du fait que la raison motivée de cet avis et/ou les conseils fournis à l'assuré ne sont pas indiqués dans le dossier médical du patient.

Dans ses moyens de défense du 19/04/2024, communiqués au SECM le 22/04/2024, le Docteur A. souhaite rappeler les circonstances entourant le grief qui lui est reproché à savoir une surcharge administrative et de patientèle, les demandes de consultations et de prises en charge ayant été multipliées avec le coronavirus.

Le Docteur A. reconnaît le grief mais indique ne jamais avoir voulu ne pas se conformer à ses obligations, mais évoque des oublis, compte tenu de sa surcharge de travail.

Compte tenu du fait, d'une part, qu'elle a une expérience professionnelle de 15 ans, d'autre part, qu'elle n'a pas d'antécédents, qu'ensuite, un seul grief lui est reproché et enfin qu'elle a remboursé la totalité de l'indu, elle demande que le quantum de l'amende soit fixé au plus bas, à savoir 5%. En outre, elle sollicite le prononcé d'un sursis total.

Le manquement « réalité » fondé sur l'article 142, §1^{er}, 2^o de la loi SSI, est susceptible d'entraîner une amende moyennant la réunion de deux éléments : 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. Cependant, il existe des infractions dites « réglementaires » pour lesquelles « *le législateur n'a pas expressément prévu, comme condition de l'infraction, une intention ou un défaut de prévoyance ou de précaution* »¹. Ces infractions sont prévues par des lois qui « *punissent la simple violation matérielle de leur prescription. Elles ne recherchent que l'acte lui-*

¹ F. KEFER, Précis de droit pénal social, 2^e ed., Limal, Anthémis, 2014, p. 68, §61.

même, le punissent dès qu'il est constaté et ne s'enquière ni de ses causes, ni de la volonté qui l'a dirigé »².

Dès lors, « la responsabilité pénale en droit social n'est souvent subordonnée qu'à deux conditions : la transgression matérielle et l'imputabilité, les délits en cette matière étant généralement des délits réglementaires ne requérant aucun élément moral particulier sauf exceptions. Ains, le fait réprimé est constitutif d'infraction par le seul fait de la transgression de la prescription légale, abstraction faite de l'intention de l'auteur ou de sa bonne foi. Toutefois, (...) la responsabilité de l'auteur de l'acte ne peut être retenue que si le juge constate en outre que l'acte peut lui être imputé. Toute infraction, qu'elle soit ou non réglementaire, doit être le résultat de l'activité libre et consciente de son auteur »³.

Les infractions prévues à l'article 73bis de la loi SSI constituent des infractions réglementaires. En effet, elles ne nécessitent pas une volonté particulière de celui qui la commet (« il est interdit aux dispensateurs de soins et assimilés (...) de rédiger, faire rédiger, délivrer, ou faire délivrer les documents réglementaires »).

Cette position constante des Chambres de première instance et de recours instituées auprès de l'INAMI a été reprise à de nombreuses reprises dans leurs décisions comme par exemple :

« 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.

De manière générale, l'existence d'une cause de justification (démence ou contrainte, selon l'article 71 du Code pénal; erreur ou ignorance; etc.) s'oppose à ce qu'une infraction réglementaire puisse être imputée à son auteur et, par conséquent, entraîner une sanction.

L'erreur ou l'ignorance de droit sont des causes de justification, dans la mesure où elles « (...) portent sur l'existence (ignorance d'une disposition pénale en vigueur) ou la portée exacte (erreur relative à l'interprétation ou à l'applicabilité d'une disposition dont on connaît l'existence) de l'élément légal de l'infraction, d'où résulte l'illicéité de l'acte commis (...) »⁴.

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 prudente⁵.

La complexité de la législation sociale en vigueur ne peut être considérée comme source d'erreur invincible⁶.

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 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 invincible⁷ ». (CPI 13/10/2016, FA-011-15⁸).

² F. KEFER, Précis de droit pénal social, 2^e ed., Limal, Anthémis, 2014, p. 68, §61.

³ C. Trav. Mons, 26 juin 2007, J.T.T., 2008, p. 146

⁴ F. TULKENS et M. VAN DE KERCHOVE, *Introduction au droit pénal- Aspects juridiques et criminologiques*, Waterloo, Kluwer, 2007, 8^eme éd., p. 404

⁵ Cass., 2^eme ch., 1^{er} octobre 2002, rôle n° P011006N, Cass., 1^{ère} 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, consultables sur <http://jure.juridat.just.fgov.be>

⁶ C. HENNEAU et J. VERHAEGEN, *Droit pénal général*, Bruylant, Bruxelles, 1991, p. 338; Anvers, 9 octobre 1997, *ChrD.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.

⁷ Cass., 2^eme ch., 1^{er} octobre 2002, rôle n° P011 006N

Dans ce sens, la Chambre de première instance a estimé, notamment, dans sa décision du 3 mai 2012 (RG FA-002-11, www.inami.fgov.be, p. 6, point 4.5., 1.) :

« En effet, comme développé ci-avant, il suffit que les éléments matériels constitutifs d'une infraction « réalité » ou « conformité », basée sur l'article 141, §5, al.5, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 (dans sa version applicable aux faits commis avant le 15 mai 2007) ou sur l'article 73bis de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 (pour les faits commis à partir du 15 mai 2007), soient établis pour entraîner une obligation de remboursement de l'indu, sans qu'un élément moral (être animé d'une volonté délictueuse, ne pas faire preuve de bonne foi, agir librement et consciemment, etc.) ne soit requis. »

En l'espèce, la matérialité des faits est établie et les explications avancées par le Docteur A. (surcharge de travail, expérience de 15 ans ou encore l'absence d'antécédent), ne constituent pas des causes de justification admissibles.

Compte tenu de ce qui précède, le grief de non-conformité est donc bien établi.

2.2. Sur l'indu

Le grief unique reproché au terme du procès-verbal de constat d'infractions du 28/02/2022, notifié le 1^{er} mars 2022 a entraîné des débours indus dans le chef de l'assurance obligatoire soins de santé pour un montant de 36.785,78 euros.

La SRL B. a procédé au remboursement volontaire total de l'indu par un versement bancaire du 21 mars 2022 d'un montant de 36.785,78 euros.

Le grief formulé à l'encontre du Docteur A. étant fondé suivant l'analyse ci-dessus, il y a lieu d'ordonner qu'il soit condamné à rembourser la valeur des prestations indues s'élevant à 36.785,78 euros.

Etant donné que les remboursements de l'assurance soins de santé ont été perçus par la SRL Cabinet médical B., il doit être fait application de l'article 164 alinéa 2 de la loi SSI et en conséquence la SRL B. doit être condamnée solidairement au remboursement de l'indu, soit la somme de 36.785,78 euros.

Les griefs formulés à l'encontre du Docteur A. et de la SRL Cabinet médical B. étant fondés, il y a donc lieu d'ordonner que le Docteur A. et la SRL Cabinet médical B. soient condamnées solidairement à rembourser la valeur des prestations indues s'élevant à 36.785,78 euros (Loi SSI, art. 142, §1^{er}, 2^o et art. 164, al. 2), de constater que ce montant a été totalement remboursé et que l'indu résiduel s'élève à zéro.

⁸ CPI, 13/10/2016, FA-011-15,
http://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/jurisprudence_cpi_medecin_20161013_1.pdf

2.3. Sur l'amende

2.3.1. Quant au régime de l'amende administrative

L'article 142, §1^{er}, 2° de la loi SSI prévoit pour le grief unique relatif aux prestations non conformes, le remboursement de la valeur des prestations indument attestées à charge de l'assurance soins de santé et/ou une amende administrative comprise entre 5% et 150 % du montant de la valeur des prestations concernées.

2.3.2. Quant à l'amende administrative retenue

Les prestations citées à grief, comprises entre le 30/03/2020 et le 28/06/2021, ont été réceptionnées par les organismes assureurs du 30/03/2020 au 30/06/2021.

Le Service d'évaluation et de contrôle médicaux estime nécessaire de prononcer une amende administrative à charge du Docteur A.

Concernant l'**attestation de prestations non conformes**, le législateur a encadré de manière précise les possibilités d'attester le code 101135, avis en vue de la continuité des soins, afin d'éviter les abus qui pourraient découler d'une appréciation souple et extensive des conditions fixées par la Nomenclature pour les prestations à distance sans contact physique avec le patient et facturées à l'assurance obligatoire soins de santé en tiers payant.

Les règles de la Nomenclature des prestations de santé sont de stricte interprétation et doivent être appliquées rigoureusement (Cass. 20/11/2017, C.15.02132.N.) 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 (C. arb. 30/10/2001, n°26/2002 ; C. arb. 30/01/2002, n°98/2002 ; C. arb. 12/03/2003, n°31/2003 ; C. const. 31/01/2019, n°15/2019).

Le respect des formalités administratives prévues par la réglementation est un des fondements de ce rapport de confiance, puisque ces normes sont clairement et expressément énoncées dans cette réglementation.

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

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

En sa qualité de professionnel des soins de santé et de collaborateur du service public de l'assurance soins de santé, chaque dispensateur de soins a un devoir de rigueur : étant habilité à porter des prestations en compte à l'assurance obligatoire soins de santé, il est astreint à une obligation impérative de respect de la réglementation.

En ne respectant pas les règles relatives à l'attestation du code avis en vue de la continuité des soins, le Docteur A. a manqué à ses obligations légales en tant que dispensateur de soins.

Dans ces conditions, au regard notamment de la clarté de la Nomenclature, de l'expérience du Docteur A. (diplômée depuis juin 2009, inscrite à l'INAMI et conventionnée depuis septembre 2011), du nombre de prestations (2.205 prestations), de la durée de la période infractionnelle (15 mois), du montant de l'indu (36.785,78 euros), il est justifié de prononcer à l'encontre du Docteur A., au titre du grief unique de prestations non conformes, une amende administrative

de 100 % du montant indu à rembourser (LC 14.07.1994, art. 142, §1^{er}, 2^o), soit 36.785,78 euros.

Toutefois, l'article 157, §1^{er} de la loi ASSI coordonnée le 14/07/1994 prévoit que le fonctionnaire-dirigeant peut accorder un sursis partiel ou total de l'exécution de sa décision infligeant une amende administrative au dispensateur de soins.

Pour fixer le quantum de cette sanction, il convient cependant de tenir compte, non seulement des éléments rappelés ci-dessus, mais aussi de l'absence d'antécédents dans le chef de l'intéressée et du remboursement volontaire total de l'indu. Cela justifie que la sanction soit assortie d'une mesure de sursis partiel, la sanction effective devant rappeler à l'intéressée l'importance de la faute commise, et celle avec sursis devant l'inciter à rectifier, pour l'avenir, sa pratique dans un sens conforme à la réglementation et aux exigences de son art.

Il est dès lors justifié de prononcer, dans le chef du Docteur A., au titre du grief de prestations non conformes, une amende administrative de 100 % du montant des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé (LC 14.07.1994, art. 142, §1^{er}, 2^o), soit 36.785,78 euros, assortie, à hauteur de la moitié, d'un sursis partiel d'une durée de 3 ans (soit une amende effective d'un montant de 18.392,89 euros et une amende avec sursis de 18.392,89 euros).

PAR CES MOTIFS,

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

APRES EN AVOIR DELIBERE,

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

- Déclare établi le grief unique reproché au Docteur A. ;
- Condamne le Docteur A. et la SRL Cabinet médical B. à rembourser la valeur des prestations indues s'élevant à 36.785,78 euros (Loi SSI, art. 142, §1^{er}, 2^o et art. 164, al. 2) ;
- Constate que la valeur des prestations indues a été intégralement remboursée ;
- Condamne le Docteur A. à payer une amende administrative au titre des prestations non conformes de 100 % du montant des prestations indûment attestées à charge de l'assurance obligatoire soins de santé (Loi SSI, art. 142, §1^{er}, 2^o), soit 36.785,78 euros, assortie d'un sursis à hauteur de la moitié d'une durée de trois ans, soit une amende effective d'un montant de 18.392,89 euros et une amende assortie d'un sursis d'une durée de 3 ans d'un montant de 18.392,89 euros ;
- Dit qu'à défaut de paiement des sommes dues dans les trente jours de la notification de la présente décision, des intérêts au taux légal en matière sociale, tel que prévu à l'article 2, §3, de la loi du 5 mai 1865 relative au prêt à intérêt, seront dus, de plein droit, à compter de l'expiration du délai précité.

Ainsi décidé à Bruxelles, le (date de la signature).

Le Fonctionnaire-dirigeant,