

**DECISION DE LA CHAMBRE DE PREMIERE INSTANCE DU 5 MAI 2011**  
**FA-007-10**

En cause de : Monsieur A.  
Médecin spécialiste en psychiatrie

Représenté par Maître B. loco Me C.

CONTRE : **Service d'évaluation et de contrôle médicaux**, institué au sein de  
l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, établi  
à 1150 Bruxelles, Avenue de Tervueren, 211 ;

Représenté par le Docteur D., médecin-inspecteur et par Madame E.,  
attachée juriste ;

I Les faits et la procédure

1.  
Monsieur A. est médecin depuis 1977. Il est reconnu spécialiste en médecine interne puis en neuropsychiatrie. Il travaille essentiellement au F. où il est chef de service.

L'enquête le concernant s'est inscrite dans le cadre d'une enquête interprovinciale concernant la facturation fractionnée en matière de potentiels évoqués.

Des renseignements ont été recueillis auprès des organismes assureurs. Vingt dossiers de patients du Docteur A. ont été étudiés.

Des auditions de Monsieur A. ont été réalisées les 13 mars et 16 mai 2008. Un procès-verbal de constat a été dressé le 28 mai 2008.

Le Service d'évaluation et de contrôle médicaux a rédigé une note de synthèse. Elle a été notifiée à Monsieur A. le 19 octobre 2009 en l'invitant à faire valoir ses justifications.

2.  
Le Fonctionnaire dirigeant du Service d'évaluation et de contrôle médicaux a pris la décision de considérer établi le grief formulé à l'égard de Monsieur A., de le condamner à rembourser l'indu en résultant, soit 11.452,80 euros, de le condamner à une amende de 100% de l'indu dont 50 % avec un sursis de trois années – soit une amende effective de 5.726,40 euros.

Cette décision a été notifiée à Monsieur A. par un courrier recommandé du 22 février 2010.

Le 19 mars 2010, Monsieur A. a formé un recours contre cette décision.

Le Service d'évaluation et de contrôle médicaux a déposé des conclusions le 15 juin 2010 et des conclusions additionnelles le 14 octobre 2010.

Monsieur A. a déposé des conclusions en réplique le 14 septembre 2010.

3.

Le Service d'évaluation et de contrôle médicaux, représenté par le Docteur D. et Madame E., juriste, et Monsieur A., représenté par Maître B. loco Maître C. avocat, ont comparu et été entendus à l'audience publique de la Chambre de première instance du 3 mars 2011, date à laquelle la cause a été prise en délibéré.

#### II La position du Service d'évaluation et de contrôle médicaux

4.

Le Service d'évaluation et de contrôle médicaux sollicite la confirmation intégrale de la décision attaquée par Monsieur A..

5.

Le Service d'évaluation et de contrôle médicaux formule un grief à l'égard de Monsieur A..

Ce grief consiste à avoir porté en compte à l'assurance soins de santé et indemnités des prestations non conformes à la loi coordonnée du 14 juillet 1994 soit parce qu'issues d'un fractionnement artificiel de la facturation d'actes effectués à une autre date que celle qui leur était attribuée, soit parce que différentes de celles réellement effectuées.

Le grief porte sur 409 prestations et aurait engendré un indu (différentiel) de 11.452,80 euros.

6.

Le Service d'évaluation et de contrôle médicaux relève en premier lieu que la procédure prévue par la loi du 14 juillet 1994 a bien été respectée.

Il indique que la décision attaquée a bien été signée, même si la copie notifiée au Docteur A. ne l'est pas. Par ailleurs, si la décision n'est pas datée elle-même, sa notification l'était ce qui lui donne une date certaine.

Monsieur A. a par ailleurs été entendu à plusieurs reprises et a eu l'occasion de faire valoir ses moyens de défense lorsque la note de synthèse lui a été notifiée, précisément à cette fin.

Le Service d'évaluation et de contrôle médicaux considère en outre que la décision attaquée était correctement motivée, tant en droit qu'en fait.

Le Service d'évaluation et de contrôle médicaux expose par ailleurs sa méthode d'enquête qu'il considère comme fiable et probante.

S'agissant de l'extrapolation à laquelle il a été procédé, il fait valoir qu'elle n'a pas été contestée par le Docteur A. L'indu correspondant à cette extrapolation a du reste été remboursé. Plus fondamentalement, Monsieur A. n'indiquerait pas en quoi ce raisonnement ne pourrait être suivi ou aboutirait à un résultat non conforme à la réalité.

Le Service d'évaluation et de contrôle médicaux indique que le grief ne vise que des prestations accomplies par le Docteur A. personnellement, non par le Docteur H. Il souligne également que, si les factures sont signées par un tiers, c'est en vertu d'un mandat donné par le Docteur A. Ce dernier, en sa qualité de mandant, est donc responsable des infractions commises.

### III La position de monsieur A.

7.

Monsieur A. conteste en premier lieu la légalité de la décision attaquée en raison de son absence de date et de signature. Il est dès lors impossible de vérifier la qualité de son auteur au moment où elle a été adoptée.

Il fait également valoir que les manquements reprochés ne sont pas matériellement établis. Seuls 6 cas infractionnels ont été constatés, le reste n'ayant été qu'extrapolé.

S'agissant de l'imputabilité des faits, Monsieur A. la conteste également. Il souligne qu'il n'était pas en charge de la facturation de ses prestations. Il se contentait de cocher l'examen qui était réalisé, la facturation étant établie ensuite par le service administratif compétent et formellement signée par le médecin-chef de l'hôpital. Par ailleurs, un certain nombre de manquements retenus concernent des prestations qu'il n'a pas accomplies mais qui l'ont été par le Docteur H.

Ce dernier accomplit également le même type de prestations et des noms de patients retenus à charge du Docteur A. figurent également dans le procès-verbal de constat qui concerne le Docteur H.

Monsieur A. fait également valoir que la motivation de la décision, pour les raisons qu'il expose, ne repose pas sur de justes motifs.

Il souligne enfin qu'il n'a pas été entendu, ni quant au montant exact de l'indu, ni quant à la possibilité d'une amende administrative à son encontre. Ni les procès-verbaux de constat, ni la note de synthèse n'annonçaient une telle possibilité.

### IV Décision

#### La procédure

8.

La Chambre constate que la procédure prévue aux articles 142 et suivants de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 et par l'arrêté royal du 9 mai 2008 fixant les règles de fonctionnement et le Règlement de procédure des Chambres de première instance et des Chambres de recours instituées auprès du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI, a été respectée.

9.

Les arguments avancés par Monsieur A. au sujet de la régularité de la procédure et de la décision litigieuse ne peuvent être suivis.

D'une part, parce que l'absence de date de la décision attaquée ne méconnaît aucune obligation légale ou réglementaire. Elle ne cause pas davantage de grief à Monsieur A. En tout état de cause, cette décision a été notifiée dans les formes à

une date certaine et c'est cette notification qui fait courir le délai de recours (dont le respect n'est pas en cause).

D'autre part, s'agissant de la formalité de la signature, il peut être relevé que l'original de la décision attaquée, qui figure au dossier de la procédure, est bien signé. Le fait que la copie notifiée à Monsieur A. n'ait pas été elle-même signée n'apparaît pas non plus méconnaître une quelconque obligation légale ni lui causer grief.

S'agissant de l'audition préalable et du principe général de droit « *audi alteram partem* » invoqué par monsieur A., il peut être relevé :

- que Monsieur A. a été entendu à deux reprises, les 13 mars et 16 mai 2008, au cours de l'enquête menée par le Service d'évaluation et de contrôle médicaux. Les mentions précédant le début de l'audition qui figurent dans ces procès-verbaux garantissent le respect de ses droits de défense et permettent de considérer que Monsieur A. avait une connaissance suffisante du cadre dans lequel il était entendu ;
- que Monsieur A. a eu la possibilité, conformément à l'article 143, § 2, alinéa 2 de la loi du 14 juillet 1994, de faire valoir ses moyens de défense par écrit, en réaction à la note de synthèse qui lui a été adressée. Le courrier de notification de cette note de synthèse était intitulé « demande de justifications », mentionnait explicitement que des manquements à l'article 141 de la loi du 14 juillet 1994 lui étaient reprochés et indiquait que, suite à l'examen de ses justifications, il serait décidé des suites données à son dossier. Eu égard à l'ensemble de ces mentions, Monsieur A. devait également nécessairement être conscient du cadre dans lequel s'inscrivait cette notification et des conséquences qui pouvaient en découler à son égard.
- que Monsieur A. a eu la possibilité de conclure puis de comparaître au cours de la présente procédure.

Dans ces conditions, la procédure, prise dans son ensemble, a effectivement garanti à Monsieur A. ses droits de défense et spécialement celui d'être entendu.

Pour ce qui concerne enfin la motivation de la décision critiquée, il doit être relevé qu'elle est conforme aux exigences de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs. Les motifs sont donnés tant en fait qu'en droit et ils le sont de manière adéquate. Le fait que ces motifs soient exacts, en fait ou en droit, relève de l'examen du fond de la décision.

### Le grief

10.

S'agissant de la réalité des manquements reprochés à monsieur A., il doit être relevé que 20 situations de patients (des séquences d'examen c'est-à-dire des suites d'examens pratiqués des jours distincts) ont été analysées par le Service d'évaluation et de contrôle médicaux.

Il n'est pas contesté que dans 6 de ces 20 cas il a été mis en évidence une scission de la facturation d'examens pratiqués en réalité le même jour, ce qui correspond au grief formulé (cela ressort notamment explicitement de la discordance entre la date de facturation et celle de l'examen figurant sur le tracé réalisé).

11.

Le pourcentage de manquement constaté, soit 30 %, a ensuite été extrapolé à la totalité des prestations du Docteur A. pour la période en cause.

Hormis une contestation de principe, Monsieur A. n'indique pas de manière précise en quoi cette extrapolation pourrait être mise en cause.

Au contraire, elle a été acceptée comme base de calcul pour l'indu qui a été remboursé par l'hôpital. De même, au cours de son audition du 13 mars 2008, Monsieur A. a admis que la liste de patients envisagée constituait un échantillon représentatif de son activité.

Enfin, l'examen de la liste des prestations du Docteur A. à laquelle a été transposé le pourcentage de 30 % (cfr. la pièce annexée aux conclusions additionnelles du SECM) laisse apparaître que celui-ci correspond plutôt à une estimation basse des examens dont la facturation aurait été fractionnée (sur cette liste, le constat d'examens réalisés des jours successifs est quasiment systématique).

12.

Quant à la question de savoir si toutes les prestations prises en considération par le grief sont imputables à Monsieur A., il peut à nouveau être renvoyé à la liste déposée par le Service d'évaluation et de contrôle médicaux en annexe à ses conclusions additionnelles. En regard de chacune des prestations envisagées figure le numéro Inami du Docteur A.

Que certains des patients en cause aient également été concernés par des actes médicaux accomplis par un de ses collègues ne modifie rien à ce constat dès lors qu'il peut s'agir d'autres prestations pour les mêmes patients.

Par ailleurs, Monsieur A. ne remet pas en cause la validité de la liste en question. Il ne donne non plus aucun exemple concret et avéré de prestation qui y figurerait, et lui serait donc attribuée personnellement, alors qu'elle aurait été accomplie par un tiers.

13.

S'agissant enfin de la question de savoir si le fait de la facturation scindée en lui-même est imputable à Monsieur A., la Chambre relève que la facturation est en tout cas établie au nom de Monsieur A. en sorte qu'il en prend personnellement la responsabilité. C'est à lui qu'incombe le choix de son mandataire et le contrôle par ce dernier de la correcte exécution des missions qui lui sont confiées.

En outre, le fait que le grief apparaisse de manière très significative dans les prestations accomplies par Monsieur A. alors que tel n'était pas le cas pour d'autres médecins (pour le Docteur H., les manquements mis en évidence sont d'une autre nature alors qu'il réalise lui aussi des examens du type potentiels évoqués) est également de nature à convaincre qu'il n'ignorait rien de la pratique de scission de la facturation de ses prestations. Le fait qu'il ait entendu, dans un premier temps lors de son audition du 13 mars 2008, justifier cette pratique en invoquant des prestations accomplies effectivement de manière scindée, alors que les dates des protocoles étaient en contradiction avec cette présentation des faits, confirme encore cette conviction.

14.

Au regard de l'ensemble de ce qui précède, il doit être considéré que le grief imputé au Docteur A. par la décision attaquée est établi.

L'indu

15.

En conséquence de ce qui a été considéré ci-dessus, l'indu résultant du grief formulé par le Service d'évaluation et de contrôle médicaux est considéré comme établi par la Chambre.

Cet indu s'élevant à la somme de 11.452,80 euros a été remboursé.

L'amende administrative

16.

En application de l'article 112 de la loi du 13 décembre 2006, portant dispositions diverses en matière de santé, les faits commis avant le 15 mai 2007, date d'entrée en vigueur des nouvelles dispositions contenues aux lois des 13, 21 et 27 décembre 2006, restent soumis, pour ce qui concerne les amendes administratives applicables, aux dispositions telles qu'elles existaient avant cette entrée en vigueur.

Il ne pourrait en aller différemment que si les dispositions nouvelles étaient plus favorables aux personnes concernées, compte tenu du caractère répressif prédominant des amendes administratives en cause (C.E., avis no 34.485/1 du 12 juillet 2002, Ch., 5e session de la 50e législature, doc. 50 2125/005 et C.E., 22 février 2007, *Palmer*, 168.119, *Bull. I.N.A.M.I.*, 2007/1 ; tous deux cités par S. Hostaux, « Le contrôle médical en assurance obligatoire soins de santé - Législation et contentieux (II) », *JTT*, 2007, 395) et du principe général de droit pénal de rétroactivité de la loi pénale la plus douce, énoncé par les articles 2, alinéa 2 du Code pénal, 15.1 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques et 7.1 de la Convention européenne des droits de l'homme.

17.

L'infraction visée par le grief consiste à porter en compte à l'assurance soins de santé et indemnités des prestations non conformes à la loi ou à ses arrêtés d'exécution.

Cette infraction était visée par l'article 141, § 5, alinéa 4, b, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 et sanctionnée d'une amende administrative allant de 1 à 150 % de la valeur des prestations concernées. C'est cette disposition qui est d'application dans la mesure où les articles 73bis, 2° et 142, § 1<sup>er</sup>, 2° actuellement en vigueur sont moins favorables puisque prévoyant une amende administrative allant de 5 à 150 % du montant de la valeur des prestations.

18.

Pour la fixation de l'amende, la Chambre estime devoir tenir compte des circonstances suivantes:

- le fait que les manquements mis en évidence par le grief ne paraissent pas pouvoir procéder d'une erreur ou d'une maladresse administrative mais bien davantage d'une pratique instaurée de manière délibérée en vue de majorer indûment l'intervention de l'assurance soins de santé et indemnités ;
- le fait que ces manquements ont présenté un caractère assez systématique et se sont étalés dans le temps ;
- le fait que l'indu concerné a été remboursé immédiatement ;
- le fait que Monsieur A. n'a pas profité personnellement des manquements observés ;
- l'absence de tout antécédent dans le chef de Monsieur A. et le fait qu'il ait mis fin à la situation litigieuse pour la conformer à la réglementation ;
- le fait que Monsieur A. est toujours en activité actuellement, de telle manière que l'octroi d'un sursis important est de nature à avoir un effet dissuasif d'une éventuelle récidive.

Au regard de ces éléments, la Chambre considère que l'amende de 100 % de l'indu doit être confirmée mais qu'elle doit être assortie du sursis, pour une durée de trois années, à raison de 80 % de son montant.

**PAR CES MOTIFS,**

**La chambre de première instance,**

Dit le recours partiellement fondé,

Confirme intégralement la décision attaquée en ce qu'elle constate le grief établi, en ce qu'elle fixe l'indu en résultant à 11.452,80 euros, en ce qu'elle donne acte à Monsieur A. que cet indu a été remboursé et en ce qu'elle fixe le montant de base de l'amende à 100 % de cet indu, soit 11.452,80 €.

Réforme la décision attaquée en ce qui concerne le sursis accordé à Monsieur A. et dit que l'amende prononcée sera assortie du sursis pour une durée de 3 ans pour 80 % de son montant.

Ainsi jugé, le 3 mars 2011, par la Chambre de première instance instituée auprès du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI et composée de monsieur Hugo MORMONT, président suppléant, et des Docteurs GILLIS Xavier, GOOVAERTS Carmen représentant les organismes assureurs et des Docteurs PEETERS Michel et DELFORGE Yves représentant le corps médical, assistés de Madame METENS Caroline, greffier,

Et prononcé à l'audience publique du 5 mai 2011, où étaient présents monsieur Hugo Mormont, président suppléant et Stéphane Verboomen, greffier.

VERBOOMEN Stéphane  
Greffier

MORMONT Hugo  
Président