

DECISION DE LA CHAMBRE DE PREMIERE INSTANCE DU 27 NOVEMBRE 2015
FA-002-15

EN CAUSE : **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 ;

partie demanderesse,

représenté par le Docteur C. médecin-inspecteur directeur et par
Madame D., attachée juriste.

CONTRE : Monsieur A.
Médecin spécialiste en chirurgie

partie défenderesse,

absent à l'audience, représenté par le Docteur B., porteur de
procuration.

I. PROCEDURE

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

- la requête du 23 janvier 2015, entrée au greffe le même jour, par laquelle le service d'évaluation et de contrôle médicaux, ci-après dénommé le SECM, saisit la Chambre de première instance d'une contestation avec un dispensateur de soins, soit Monsieur A., médecin ;
- la note de synthèse du SECM.

Les parties ont été entendues à l'audience du 22 octobre 2015, à la suite de quoi la cause a été prise en délibéré.

La loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 et 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 ont été respectés dans le cadre de la procédure.

II. OBJET DE LA DEMANDE

Par **sa requête du 23 janvier 2015**, le SECM demande à la Chambre de première instance de déclarer que les griefs suivants sont établis dans le chef de Monsieur A. :

- 1^{er} grief basé sur l'article 73bis, 1° de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 et l'article 17quater §1^{er}, 2 de la NPS :

« Le docteur A. a attesté deux échographies Duplex en couleur des vaisseaux du cou (469733-744) alors que ces prestations n'ont pas été effectuées.

L'indu pour ce grief s'élève à 145,33 €. »

- 2^{ème} grief basé sur l'article 73bis, 1° de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 et l'article 11 §1^{er} de la NPS :

« Le docteur A. a attesté 21 ablations de tumeurs superficielles alors que ces prestations n'ont pas été effectuées. Le code 353231-242 ne peut être attesté pour des évacuations d'hématomes. Cette dernière prestation n'est pas prévue dans la nomenclature et est comprise dans les honoraires de surveillance ou la consultation.

A la relecture de l'audition d'un des assurés (repris en 8) dans la discussion des cas, il apparaît des imprécisions et une description floue des gestes effectués par le dispensateur. Les quatre prestations 353231 correspondantes sont donc retirées de ce grief.

L'indu corrigé s'élève à 516,89 €.

Extrapolation

(...)

Il ressort des auditions que 98 % (94/95) des prestations 353231-242 n'ont pas été effectuées.

L'indu s'élève à 26.556,01 €.

Ainsi qu'expliqué pour les cas constatés (supra 1.2.1.), 4 prestations ont été retranchées de l'indu. Elles doivent l'être également du calcul du pourcentage de l'extrapolation : ce sont donc 90/95 prestations qui n'ont pas été effectuées c'est-à-dire 95 %.

Sur les 2.937 codes d'ablation de tumeur superficielle, 2790 ont été indûment portés en compte pour un montant de 89.240,41 euros (93.937,27 x 95 %). Les prestations prescrites et celles des cas constatés (1972 et 21) ont été retranchées de ce montant.

L'indu extrapolé corrigé s'élève à 23.926,74 €.

L'indu total (corrigé) pour le grief 2 est de 24.443,63 €. »

- 3^{ème} grief basé sur l'article 73bis, 1° de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 et l'article 14, f. 4° de la NPS :

« Le docteur A. a attesté 12 ligatures de veine(s) variqueuse(s) alors que ces prestations n'ont pas été effectuées.

L'indu pour ce grief s'élève à 484,60 €.

Extrapolation

(...)

Il ressort des auditions que 80% (79/98) des prestations 238070-081/238092-103 n'ont pas été réalisées. Parmi ces 79 prestations, 92 % (73/79) sont attestées en même temps qu'une prestation d'injection sclérosante de varices (144071-177082).

Sur les 2.832 codes de ligature de veine(s) variqueuse(s) attestés, 2.084 (73,6 %) ont été indûment portés en compte à l'ASSI pour un montant indu de 119.838,69 euros x 73,6 % = 88.201,28 euros.

Les prestations prescrites (1777) et celles des cas constatés (12) ont été retranchées de ce montant.

L'indu extrapolé pour ce grief s'élève à 12.125,47 €.

L'indu total du grief 3 est de 12.610,07 €. »

- 4^{ème} grief basé sur l'article 73bis, 2° de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 et l'article 17quater §1^{er}, 2 de la NPS :

« Le docteur A. a attesté 67 échographies Duplex couleur des vaisseaux du cou alors que les conditions de remboursement n'étaient pas remplies.

Le libellé de la prestation repris dans la nomenclature des prestations de santé (NPS) précise clairement que l'examen doit porter sur les artères carotides et les artères vertébrales et que cet examen doit être en couleur.

L'indu pour le grief 4 s'élève à 4.747,28 €. »

En conséquence, le SECM demande, dans sa requête du 23 janvier 2015, à la Chambre de première instance de :

- déclarer établis les griefs formulés pour tous les cas cités dans la note de synthèse ;
- condamner Monsieur A. au remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé, soit la somme totale de **41.946,31 €** (article 142, §1^{er}, 1° et 2° de la loi ASSI coordonnée) ;
- condamner Monsieur A. au paiement d'une amende administrative s'élevant à **250 €** pour les prestations non effectuées, majorée des décimes additionnels (x 5,5), soit une amende totale de **1.375 €** (article 101 du Code pénal social) ;
- condamner Monsieur A. au paiement d'une amende administrative s'élevant à **250 €** pour les prestations non conformes, majorée des décimes additionnels (x 5,5), soit une amende totale de **1.375 €** (article 101 du Code pénal social) ;
- dire que les sommes dont Monsieur A. est redevable, produiront des intérêts au taux légal en matière sociale, tel que prévu à l'article 156 §1^{er} de la loi ASSI, à compter du premier jour ouvrable qui suit la notification de la décision de la Chambre de première instance, le cachet de la poste faisant foi.

III. FAITS

Monsieur A. est diplômé chirurgien général.

De 1978 à 1985, il a travaillé en milieu hospitalier aux Il a travaillé dans différentes cliniques.

Il n'exerce plus en milieu hospitalier mais dans 3 cabinets privés situés à ..., ... et

Le Docteur A. est conventionné. Il n'est pas accrédité.

Il tient des dossiers médicaux papier pour ses patients. Ils sont conservés dans chaque centre d'activité. Il n'a pas de secrétariat. Il gère lui-même la prise de rendez-vous.

Il ne pratique plus le tiers-payant.

Ses patients le paient 9 fois sur 10 en liquide le jour de la consultation et une fois sur 10 via virement bancaire.

Selon ses déclarations, la pratique du Docteur A. consiste uniquement en prestations de phlébologie chirurgicale ainsi que de petite chirurgie dermatologique.

En 2012, le Docteur A. était en 1^{ère} position, parmi les plus gros dispensateurs, pour les codes **238070** (ligature, fulguration ou résection d'une veine variqueuse), **238092** (ligature, fulguration ou résections étagées de 2 ou 3 veines variqueuses) et **353231** (ablation ou destruction, quel que soit le procédé (cure chirurgicale, électrocoagulation), de tumeurs superficielles de toute nature de la peau ou des muqueuses ou de toutes autres lésions non traumatiques directement accessibles par cure). Entre 2009 et 2011, il occupait la 1^{ère} ou la 2^{ème} position pour ces mêmes codes.

Le SECM a dès lors ouvert une enquête.

L'enquête a été menée sur base des éléments suivants :

- listings informatiques demandés aux organismes assureurs pour la période d'introduction aux OA qui s'étend du 1^{er} avril 2010 au 4 janvier 2012 ;
- fiches médicales et iconographies des examens Duplex des artères carotides et vertébrales correspondant à 20 cas de bénéficiaires saisis auprès du dispensateur de soins ;
- audition de 16 assurés entre le 15 juin 2012 et le 24 septembre 2012 ;
- audition des secrétaires des centres médicaux ;
- audition de Monsieur A. les 5 septembre 2012, 24 octobre 2012, 23 janvier 2013 et 13 mars 2013 ;
- courriel de la firme ALOKA du 19 mars 2013.

Un procès-verbal de constat (PVC) a été dressé le 3 mai 2013 et notifié à Monsieur A. le 17 mai 2013.

IV. POSITION DE MONSIEUR A.

Monsieur A. n'a pas déposé de conclusions suite à la notification de la requête du SECM du 23 janvier 2015.

A l'audience du 22 octobre 2015, il a fait valoir les arguments suivants, évoqués dans le mail adressé par le Docteur B. à Madame E. le 12 juin 2013, suite à la notification du PVC :

« Le Dr A. m'a consulté afin d'assurer sa défense.

Je vous prie de noter qu'il conteste votre PVC.

- a) *L'arrêt n° 223.425 du Conseil d'Etat ne vous permet plus de procéder par extrapolation et vous oblige à effectuer des constatations matérielles auprès de chaque patient : vous en trouverez le texte ci-joint (voir page 23/24) ;*

- b) *Comme vous le reconnaissez vous-même, votre PVC et votre extrapolation reposent sur des cas prescrits ce qui n'est pas acceptable ;*
- c) *Pour ce qui concerne le surplus de votre PVC, la plupart de vos griefs ne sont pas motivés autrement que par l'affirmation générale que les prestations n'ont pas été effectuées, si bien que le Dr A. n'est pas en mesure d'effectuer ses droits de la défense en temps opportun ;*

Je comprends que vous veuillez interrompre la prescription biennale, mais encore faut-il expliquer ce que vous reprochez exactement au Dr A.

- d) *Enfin, en ce qui concerne la prestation 469733, la Nomenclature prévoit à l'article 17quater §1^{er}, 2^o:*

Les échographies cardiovasculaires comprennent un examen duplex couleur avec une image échographique bidimensionnelle et un tracé doppler, avec analyse de fréquence de signaux, documenté par un protocole écrit et un support iconographique.

Je note que la disposition précitée n'exclut aucunement une iconographie manuscrite. »

Le SECM a répondu oralement à ces arguments à l'audience du 22 octobre 2015.

V. DISCUSSION

1. Matérialité de l'infraction et remboursement de l'indu

1.1. Principes

L'article 73bis de la loi ASSI dispose que :

« Sans préjudice d'éventuelles poursuites pénales et/ou disciplinaires et nonobstant les dispositions des conventions ou des accords visés au Titre III, il est interdit aux dispensateurs de soins et assimilés, sous peine des mesures énoncées à l'article 142, § 1er :

1° de rédiger, faire rédiger, délivrer ou faire délivrer des documents réglementaires [¹ permettant le remboursement des prestations de santé]¹ lorsque les prestations n'ont pas été effectuées ou fournies [² ou lorsqu'elles ont été effectuées ou fournies durant une période d'interdiction temporaire ou définitive d'exercice de la profession]²;

2° de rédiger, faire rédiger, délivrer ou faire délivrer les documents réglementaires précités lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues [¹ dans la présente loi, dans ses arrêtés et règlements d'exécution, dans les conventions et accords conclus en vertu de cette même loi]¹; »

Le dispensateur de soins qui porte en compte à l'assurance soins de santé des prestations non conformes ou non effectuées est sujet au remboursement de la valeur des prestations concernées, conformément à l'article 142, §1er, 1° et 2°, de la loi ASSI.

Il suffit que les éléments matériels constitutifs d'une infraction « *réalité* » ou « *conformité* », basée sur l'article 73bis de la loi ASSI, 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.

Le Conseil d'Etat a rappelé qu'il n'appartenait pas au prestataire de soins, fut-ce sous couvert d'interprétation téléologique, de modifier la nomenclature, de telles modifications ne pouvant être apportées que par les autorités compétentes et selon les procédures prévues par les dispositions législatives et réglementaires ayant pareil objet (C.E., arrêt n° 130.202 du 9

avril 2004, inédit; C.E., arrêt n° 130.203 du 9 avril 2004, inédit; C.E., arrêt n° 130.204 du 9 avril 2004, inédit; C.E., arrêt n° 130.207 du 9 avril 2004, inédit; C.E., arrêt n° 130.208 du 9 avril 2004, inédit; C.E., arrêt n° 130.209 du 9 avril 2004, inédit).

Pour les prestations non effectuées ou non conformes intervenues à partir du 15 mai 2007 (art. 73bis de la loi coordonnée le 14 juillet 1994), les éléments matériels de l'infraction sont constatés par un **procès-verbal qui doit, à peine de nullité, être établi dans les deux ans à compter du jour où les documents relatifs aux faits litigieux sont reçus par les organismes assureurs** (art. 142, §2, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994).

Les éléments matériels constitutifs d'une infraction peuvent être considérés comme étant établis « (...) *en se fondant sur la concordance entre les témoignages des assurés et plusieurs éléments de l'enquête, éléments qui n'ont pas été sérieusement contestés par le dispensateur de soins au cours de ses auditions* (...) » (C.E., arrêt n° 64.701 du 21 février 1997).

La juridiction suprême en matière administrative (le Conseil d'Etat, ci-après « C.E. ») a récemment émis de vives critiques quant au mécanisme de l'extrapolation : « *Le moyen est par contre recevable et fondé en cette branche en ce que le requérant reproche à la chambre de recours d'avoir recouru à une extrapolation pour conclure que certains actes sur lesquels il n'avait pas été enquêté n'avaient pas été accomplis par lui. C'est à juste titre que le requérant reproche à la chambre de recours de s'être prononcée sur le raisonnement suivi par la partie adverse en recourant à une extrapolation et non sur des faits matériels dûment constatés auprès des 214 patients pour lesquels les prestations de gingivectomie n'auraient soi-disant pas été effectuées. La chambre de recours a procédé, hors de toute disposition législative ou réglementaire l'y autorisant, à un renversement de la charge de la preuve des faits reprochés.* » (C.E., arrêt n° 223.425 du 7 mai 2013).

La preuve d'une obligation peut être fournie au moyen de présomptions, soit « *des conséquences que la loi ou le magistrat tire d'un fait connu à un fait inconnu* », selon l'article 1349 du Code civil, notamment de présomptions qui ne sont point établies par la loi, c'est-à-dire qui « *sont abandonnées aux lumières et à la prudence du magistrat, qui ne doit admettre que des présomptions graves, précises et concordantes* », selon l'article 1353 du Code civil.

Le recours aux présomptions est également envisageable, lorsqu'il s'agit de prouver un fait infractionnel.

Le mécanisme de l'extrapolation est de nature à fournir une présomption et, partant, de participer à la preuve d'un fait infractionnel.

La Chambre de première instance estime toutefois que, pris isolément, le mécanisme de l'extrapolation ne peut suffire à établir l'existence du grief à une échelle supérieure à celle des cas effectivement analysés. D'autres éléments, tels que la reconnaissance par le prestataire de soins du caractère représentatif des échantillons examinés, le paiement de l'indu par le prestataire de soins, l'absence de contestation dans le chef du prestataire de soins, les aveux ou dénonciations émanant de tiers, etc., doivent corroborer le mécanisme de l'extrapolation pour que celui-ci puisse être valablement retenu (voir notamment décision du 2 avril 2015).

1.2. En l'espèce

1.2.1. Grief 1

1.2.1.1.

Ce grief est basé sur l'article 73bis, 1° et sur l'article 17quater §1^{er} de la NPS (visant les échographies vasculaires) : 469733-744 Examen duplex couleur bilatéral des artères carotides et des artères vertébrales N 112.

Il vise un seul assuré : Monsieur F. et 2 prestations (pour les 15 juin 2011 et 6 octobre 2011).

Se basant sur les déclarations de celui-ci (actées au PVA du 18 juin 2012), le SECM estime que Monsieur A. n'a pas effectué d'échographie Duplex des vaisseaux du cou chez cet assuré :

« (...) Ensuite il fait des injections dans les varices selon leur état. Il n'injecte pas lors de chaque rendez-vous mais plutôt une x sur 2. Il ne fait aucun autre examen ni aucun autre traitement notamment il ne m'a jamais enlevé de tumeurs superficielles. Le seul acte qu'il réalise consiste en injections d'un produit via une seringue dans les varices. Il ne fait aucune incision. »

1.2.1.2.

La Chambre de première instance constate que les déclarations de Monsieur F. sont relativement claires quant à l'absence d'examen duplex couleur bilatéral des artères carotides et des artères vertébrales le concernant puisque celui-ci a déclaré que le Docteur A. le soignait exclusivement pour des varices des jambes :

« Vous me demandez ce que le docteur A. réalise comme acte lors des consultations. Il examine d'abord mes jambes. Ensuite, il fait des injections dans les varices selon leur état.

Il n'injecte pas lors de chaque rendez-vous mais plutôt une x sur 2.

Il ne fait aucun autre examen ni aucun autre traitement (...). »

Dans son audition du 24 octobre 2012, le Docteur A. a déclaré concernant Monsieur F. que :

« Pour Monsieur F. chez qui j'ai attesté le 469733 les 23/2/2011, 15/6/2011 et 6/10/2011 : seul le 6/10/2011 correspond à une écho des carotides (+ fémorales). Aux autres dates, j'ai une échographie des M.I. (fémorales). Je vous remets la fiche médicale du patient avec les annotations de ces examens. »

En pièces 387 à 498 figurent les iconographies des examens Duplex saisis au cabinet du Docteur A. pour 20 assurés.

Les pièces 397 à 403 sont les clichés relatifs à Monsieur F. effectués les 23 février 2011, 15 juin 2011 et 6 octobre 2011. Il y a deux clichés pour chaque date.

La Chambre de première instance ne constate aucune différence sur les clichés pris le 6 octobre 2011 par rapport aux autres. Ils semblent tous concerner des échographies de fémorales.

Il n'existe dès lors aucune preuve que des échographies Duplex des artères carotides et vertébrales ont été réalisées pour Monsieur F. les 15 juin 2011 et 6 octobre 2011.

Le grief est établi avec un **indu de 145,33 €**.

1.2.2. Grief 2

1.2.2.1.

Ce grief est basé sur l'article 73bis, 1° et sur l'article 11 §1^{er} de la NPS (visant les échographies vasculaires) :

353231	353242	Ablation ou destruction, quel que soit le procédé (cure chirurgicale, électrocoagulation), de tumeurs superficielles de toute nature de la peau ou des muqueuses ou de toutes autres lésions non traumatiques directement accessibles, par cure	K 26, 47
--------	--------	---	----------

Il concerne 8 assurés pour lesquels le Docteur A. a attesté 17 prestations d'ablation de tumeur superficielle non effectuées pour la période du 22 mars 2011 au 15 novembre 2011 (période d'introduction au remboursement entre le 5 mai 2011 et le 19 décembre 2011). L'indu s'élève à **516,89 €**.

Le SECM considère en effet que le code 353231-242 ne peut être attesté pour des évacuations d'hématomes, cette dernière prestation n'étant pas prévue dans la nomenclature et étant comprise dans les honoraires de surveillance ou la consultation.

Par ailleurs, sur base des auditions de 14 assurés, le SECM a effectué une extrapolation et conclut à un indu supplémentaire de **23.926,74 €** :

« Il ressort des auditions que 98 % (94/95) des prestations 353231-242 n'ont pas été effectuées. Ce pourcentage a été appliqué à l'ensemble des prestations 353231-242 reprises dans les données informatiques authentifiées transmises par les organismes assureurs (2.937 prestations).

Le tableau B, voir PVC E/12023300-0109 page 10 reprend toutes les prestations (2.937) attestées entre le 1/12/2008 et le 23/12/2011. Elles ont été introduites au remboursement entre le 1/04/2010 et le 3/01/2012.

Sur 2.937 codes d'ablation de tumeur superficielle attestés, 2.878 (98 %) ont été indûment portés en compte à l'ASSI pour un montant de 92.058 euros (93.937,27 euros x 98 %). Les prestations prescrites (1972) et celles de cas constatés (21) ont été retranchées de ce montant.

L'indu s'élève à 26.556,01 €.

Ainsi qu'expliqué pour les cas constatés, 4 prestations ont été retranchées de l'indu. Elles doivent l'être également du calcul du pourcentage de l'extrapolation : ce sont donc 90/95 prestations qui n'ont pas été effectuées, c'est-à-dire 95%. Sur les 2.937 codes d'ablation de tumeur superficielle, 2.790 ont été portés en compte pour un montant de 89.240,41 euros (93.937,27 x 95 %). Les prestations prescrites et celles des cas constatés (1972 et 21) ont été retranchés de ce montant.

L'indu extrapolé corrigé s'élève à 23.926,74 €. »

1.2.2.2.

Lors de son audition du 5 septembre 2012, le Docteur A. a indiqué, au sujet du code 353231 : « C'est un code fourre-tout ; je l'utilise lorsque j'enlève des angiomes, des hémangiomes,

des fibromes cutanés, des molluscum, des kystes de Malherbe, des inclusions dermiques, des kératoses, des vidanges d'hématome. J'utilise pour cela le bistouri ou le fulcuator (une sorte de bistouri électrique) ».

Il a également précisé :

« En ce qui concerne l'attestation du code 353231, il correspond à 90 % des cas à des évacuations hématiques provoquées par les injections et la réaction du produit avec le sang. En effet, après la prestation 238070, je réalise un bandage bien serré afin d'éviter qu'il n'y ait une suffusion sanguine au niveau du site d'injection. Cependant, chez 9 patients sur 10, compte tenu du nombre d'injections (entre 15 et 30), il y a épanchement au niveau du site d'injection et je dois pratiquer une extrusion lors de la séance ultérieure. Cette dernière consiste à pratiquer une petite anesthésie locale et à donner une pointe de lame 10. Ensuite, il faut pousser pour extraire le sang. Il n'y a pas de suture mais parfois un petit stérilstrip. »

Dans un courrier adressé au médecin-inspecteur le 7 novembre 2012, il a indiqué :

« En ce qui concerne l'utilisation du code 353531K40, il a des fonctions multiples et variées :

- 1) Angiome stellaire
- 2) Kyste sébacé
- 3) Inclusion dermique
- 4) Réaction inflammatoire enkystée à la suite d'une piqûre d'insecte
- 5) Résection d'un ulcère variqueux
- 6) Résection d'un ulcère variqueux d'origine iatrogène
- 7) Fibrome épidermique
- 8) Kératose chromatique
- 9) Extrusion de noyau sanguin
- 10) Molluscum pendulum
- 11) Molluscum sessile
- 12) Tache pigmentaire liée à l'âge
- 13) Kyste de Malherbe

Il faut savoir que toutes ces interventions se font dans le cadre du traitement vasculaire mais constitue un acte à part nécessitant

- 1) Une anesthésie locale ALT
- 2) Excision
- 3) Fulcuatorisation
- 4) Couture
- 5) Colle

Les cas d'extraction de caillots sanguins indurés et douloureux se fait lors du mois qui suit les injections. En effet, c'est l'association du surfactant avec le sang qui crée une réaction locale d'hyper-coagulation qui se manifeste 3 à 4 semaines après l'acte d'injection. Dès lors, il s'agit d'une nouvelle intervention à part nécessitant ALT, extraction, fermeture, fils ou colle. »

Dans son audition du 23 janvier 2013, le Docteur A. a de nouveau été interrogé concernant l'utilisation de ce code :

« (...)

Vous me dites que sur 12 patients que vous avez auditionnés et pour lesquels j'ai attesté, à chaque consultation, ce code 353531, 11 ont déclaré que je ne leur avais jamais enlevé une quelconque lésion cutanée que ce soit. Un seul assuré a déclaré que je lui avais enlevé une fois un angiome cutané.

Je vous réponds qu'en fait les évacuations hématiques correspondent bien à 90 % de l'attestation de ce code mais qu'en plus et à pratiquement tous les patients j'enlève des kératoses pigmentaires ou des angiomes ou des petites veines trop fines pour être enlevées (lélangiectasies). Et cela à chaque fois que je vois les patients. Le geste consiste toujours en une anesthésie (ALT) suivie d'une application d'un courant électrique qui au contact de la peau fait monter la température et élimine l'élément disgracieux que je termine d'enlever par un ponçage superficiel. »

Quelques patients ont également été auditionnés :

- Madame G. a déclaré :

“(…)

Il ne m’a jamais fait d’échographie. Il ne m’a jamais fait d’incision au bistouri. Il ne m’a jamais enlevé de lésion cutanée ni de tumeur. Il m’a simplement fait une fois du laser sur des petites varicosités. »

- Monsieur F. a déclaré :

« (…). Ensuite il fait des injections dans les varices selon leur état. Il n’injecte pas lors de chaque rendez-vous mais plutôt une x sur 2.

Il ne fait aucun autre examen ni aucun autre traitement notamment il ne m’a jamais enlevé de tumeurs superficielles. Le seul acte qu’il réalise consiste en injections d’un produit via une seringue dans les varices. Il ne fait aucune incision. »

- Madame H. a déclaré :

« (…)

Il ne fait rien d’autre que des injections et jamais il n’a fait d’incision.

Il m’a fait 1 ou 2 fois une échographie des veines et des jambes. (…)

Il ne m’a jamais fait autre chose comme soins notamment pas enlevé de lésions cutanées ni de tumeurs superficielles. »

- Madame I. a déclaré :

« (…)

Après l’examen, il fait des piqûres avec une seringue dans les varices des jambes et ce chaque fois. Presque chaque fois il fait également une incision au bistouri après anesthésie locale et ce afin d’enlever des caillots de sang dans les veines des jambes et même parfois il enlève un morceau de varices. Ensuite il met des strips. »

- Madame J. a déclaré :

« (…)

Puis il sclérose les varices : il injecte avec une seringue un produit que je ne connais pas. Il fait beaucoup d’injections par séance. Ensuite, il met un pansement et il bande bien la jambe. Je dois garder ce bandage 48h en général.

Une seule fois il a fait une incision pour nettoyer un ulcère présent sur la jambe gauche. Sinon toutes les autres fois il ne m’a jamais fait d’incision. Il ne m’a jamais enlevé de lésions ni de tumeurs cutanées. »

- Madame K. a déclaré :

« (…). Il n’utilise que des aiguilles pour les injections, jamais de bistouri. Il ne fait jamais d’incision. Il ne me fait pas d’autres soins hormis parfois une prise de sang. »

- Madame L. :

« (…). Il ne m’a jamais enlevé de tumeur de la peau ou ailleurs. »

- Interrogée par téléphone, Madame M. a déclaré que le Docteur A. n'avait jamais effectué d'incision ni de suture. Il n'a jamais enlevé de lésions ni tumeurs cutanées.
- Madame N. a déclaré :
« Il ne m'a jamais enlevé de lésion cutanée. Il traite uniquement les varices. »
- Madame O. a déclaré :
« Parfois il fait une piqûre pour endormir la zone qu'il va injecter mais il n'a jamais fait d'incision de la peau. Il ne travaille qu'avec des aiguilles. »
- Madame P. a déclaré :
« Il ne m'a jamais fait aucun autre soins que ceux des varices. Notamment il ne m'a jamais enlevé de tumeur, je n'en ai jamais eue. »
- Madame Q. a déclaré :
« (...)
Ensuite, presque chaque fois, il effectue des injections à l'aiguille dans les varices ou bien une incision au bistouri (sans anesthésie locale) de 2-3 cm mais ensuite je ne sais pas exactement ce qu'il fait.

Lorsqu'il fait une incision il met ensuite quelques points de suture (de 1 à 4).

Ce sont les seuls examens et traitements qu'il effectue chez moi. »
- Madame R. a déclaré :
«(...) Il ne fait jamais d'injection au bistouri. Il ne me fait que des injections à la seringue. »
- Madame S. a déclaré :
«(...) Il ne me fait jamais d'injection au bistouri et ne fait que scléroser les varicosités par injection via une seringue. Il ne m'a jamais non plus enlevé une quelconque lésion cutanée comme une tumeur ou autre. »

1.2.2.3.

Il résulte de ces auditions que le grief doit être considéré comme établi pour les 17 prestations retenues relatives à 8 assurés, les conditions de l'application du code 353231-242 n'étant pas remplies.

L'indu dû de ce chef s'élève à **516,89 €**.

1.2.2.4.

En ce qui concerne l'extrapolation, la Chambre de première instance estime que l'échantillon pris en considération n'est pas suffisamment représentatif pour permettre une extrapolation et ce pour les raisons suivantes :

1/ L'ensemble des personnes auditionnées sont des patients du cabinet situé à Il n'y a aucune audition de patients des cabinets de ... et

2/ L'échantillon de 14 patients a été sélectionné parmi les patients qui ont eu plusieurs consultations (voir p. 39/44 de la note de synthèse) et potentiellement plusieurs griefs, mais on

ne précise pas combien de consultations et quel pourcentage de la population étudiée cet échantillon représente. Sur l'ensemble des 789 à 795 patients concernés par la période, combien étaient éligibles pour l'échantillonnage ? pourquoi en a-t-on choisi 14 ? La description de la méthodologie manque ici.

Il aurait fallu définir précisément quelle était la population concernée par chacun des griefs et comment l'échantillon a été tiré : sur base d'une liste alphabétique, ou autre ?

3/ On ne peut généraliser à la population les résultats obtenus à partir d'un échantillon que si l'échantillon était représentatif de cette population. Si on a sélectionné l'échantillon parmi les patients qui ont eu x consultations ou plus, on ne pourra généraliser les résultats qu'à la population qui a eu au moins x consultations. Tous ceux qui auront eu moins de consultations sont une population différente pour laquelle on ne pourra pas tirer de conclusion. **La population à laquelle on peut généraliser doit être la même que celle étudiée dans l'échantillon.** Or, ce n'est pas le cas en l'espèce, l'échantillon ayant été sélectionné parmi les patients qui avaient beaucoup de consultations (Les patients choisis pour l'échantillon ont en effet en moyenne deux fois plus de séances que le reste des patients (voir pièce n° 177 contenant l'analyse de la représentativité de l'échantillon). L'extrapolation n'est donc pas applicable à toute la population qui a été soignée sur la période, même si la statisticienne du SECM démontre **à postériori** que les populations de l'échantillon et les autres n'ont pas de différences significatives en ce qui concerne le contenu des séances en terme de codes de nomenclature et que le nombre de séances ne semble pas avoir d'effet sur la proportion de non conforme. Il est essentiel que la méthodologie soit clairement définie avant de faire l'enquête (à priori).

4/ la taille de l'échantillon de patients sélectionnés à priori semble insuffisante pour permettre une généralisation des résultats : 124 consultations sur 3512 à 3377, 14 patients sur 789 à 795.

5/ Le SECM a pris en considération, dans un premier temps, une période comprenant des prestations prescrites, pour ensuite, dans un 2^{ème} temps, retrancher les prestations prescrites du résultat obtenu. Cela semble également de nature à fausser les résultats de l'extrapolation.

6/ Enfin, le Docteur A. conteste l'extrapolation et a fourni des explications différentes lors de ses auditions.

Par conséquent, le recours à l'extrapolation ne peut, en l'espèce, fournir la preuve du grief retenu.

L'indu total pour le grief n°2 doit dès lors être limité à **516,89 €**.

1.2.3. Grief n°3

1.2.3.1.

Ce grief est basé sur l'article 73bis, 1° et sur l'article 14, f, 4° de la NPS (visant les chirurgies des veines et des varices) :

238070 238081	Ligature, fulguration (vein eraser) ou résection d'une veine variqueuse N 50
238070 238103	Ligature, fulguration (vein eraser) ou résections étagées de 2 ou 3 veines variqueuses N 90

Il concerne 14 assurés pour lesquels le Docteur A. a attesté 79 prestations de ligatures de veines variqueuses pour ces deux codes qui n'ont pas été réalisées.

Selon les déclarations des assurés, il s'agissait de simples injections sclérosantes à la seringue dans les varices. Le SECM constate que 73 de ces 79 prestations étaient attestées en même temps que la prestation d'injection sclérosante de varices (144071-144082). Seule cette dernière prestation était donc attestable. Les 6 autres n'étaient pas associées au code 144071. Il s'agissait dès lors d'un grief de non-conformité. Dans la mesure où 5 des 6 prestations étaient prescrites au moment du PVC, l'indu résiduel n'a pas été retenu.

Au final, le SECM n'a retenu que 12 prestations 238070 associées à une prestation 144071 qui n'ont pas été effectuées pour la période d'introduction au remboursement entre le 5 mai 2011 et le 19 décembre 2011. L'indu s'élève à **484,60 €**.

Par ailleurs, le SECM a procédé à une extrapolation et conclut à un indu supplémentaire de 12.125,47 € :

« Il ressort des auditions que 80 % (79/98) des prestations 238070-081/238092-103 n'ont pas été réalisées. Parmi ces 79 prestations, 92 % (73/79) sont attestées en même temps qu'une prestation d'injection sclérosante de varices (144071-144082).

Ces pourcentages (80% x 92 % = 73,6 %) ont été appliqués à l'ensemble des prestations 238070-081 et 238092-103 associées à la prestation 144071-082 reprises dans les données informatiques authentifiées transmises par les organismes assureurs.

Le tableau D, voir PVC E/12023300-109 page 123, reprend toutes les prestations 238070-081/238092-103 attestées en même temps qu'une prestation d'injection sclérosante de varices (144071-144082) entre le 1/2/2008 et le 20/12/2011. Elles ont été introduites au remboursement entre le 1/04/2011 et le 3/01/2012.

Sur les 2.832 codes de ligature de veine(s) variqueuse(s) attestés, 2.084 (73,6 %) ont été indûment portés en compte à l'ASSI pour un montant indu de 119.838,69 euros x 73,6 % = 88.201,28 euros. Les prestations prescrites (1777) et celles des cas constatés ont été retranchées de ce montant. »

1.2.3.2.

Les 12 prestations retenues par le SECM sont reprises dans le tableau C du PVC du 3 mai 2013, en page 121.

Elle concerne les assurés suivants : Madame G., Madame H., Madame J., Madame M., Madame O., Madame R. et Madame S.

Toutes ces personnes ont été auditionnées et ont confirmé que le Docteur A. n'utilisait que des seringues et qu'elles avaient uniquement eu des injections.

Il est donc établi que les prestations en cause n'ont pas été effectuées.

L'indu s'élève donc à **484,06 €**.

1.2.3.3.

En ce qui concerne l'extrapolation, tout comme pour le grief n° 2, la Chambre de première instance estime, pour les mêmes raisons, que l'échantillon pris en considération n'est pas suffisamment représentatif pour permettre une extrapolation.

Le Docteur A. conteste d'ailleurs l'extrapolation et a affirmé, lors de son audition, effectuer une ligature de veine variqueuse à chaque fois qu'il atteste le code 238070. Dans cette audition, il a également détaillé sa technique comme étant celle de Muller modifiée.

En réponse aux auditions des assurés, le Docteur A. a indiqué : « *la plupart des patients croient ce qu'ils pensent et non pas ce qu'ils voient. Lorsque j'atteste le code 238070-092, c'est parce que je le réalise.* ».

Par conséquent, le recours à l'extrapolation ne peut, en l'espèce, fournir la preuve du grief retenu.

L'indu total pour le grief n° 3 doit dès lors être limité à **484,60 €**.

1.2.4. Grief n°4

1.2.4.1.

Ce grief est basé sur l'article 73bis, 2° et sur l'article 17quater §1^{er}, 2 de la NPS (visant les échographies vasculaires) : 469733-744 Examen duplex couleur bilatéral des artères carotides et des artères vertébrales.

« les échographies cardiovasculaires comprennent un examen duplex couleur avec une image échographique bidimensionnelle et un tracé doppler avec analyse de fréquence des signaux documenté par un protocole écrit et un support iconographique. »

Il vise toutes les échographies 469733-469744 portées en compte chez les patients se rendant aux cabinets. Il s'agit de 67 prestations introduites au remboursement entre le 5 mai 2011 et le 3 janvier 2012. L'indu s'élève à **4.747,28 €**.

Le SECM estime en effet que ces prestations ne répondent pas aux conditions de remboursement de la nomenclature, pour plusieurs raisons :

1° il ne s'agit pas d'un examen duplex couleur

Le Docteur A. exerce son activité sur 3 sites :

- à ..., il utilise un appareil échographe Doppler ALOKA de type SSD-3500 SV qui permet d'effectuer des échographies Doppler couleur et de les enregistrer ;
- à ..., il utilise uniquement un appareil portable écho camera ALOKA SSO-500 qui ne permet pas d'effectuer des examens en couleur ;
- à, il possède un appareil écho Doppler couleur BK mais qui est hors d'usage depuis 2008, ainsi que l' ALOKA portable mentionné ci-dessus.

« Le docteur A. affirme qu'il effectue des échographies Doppler couleur avec son appareil ALOKA SSD-3500 SV. Pour ce faire il dit regrouper les patients de ... nécessitant cet examen et transporter 1 à 2 fois par mois l'appareil de ... à ... ; généralement en 1 pièce parfois 2 (en séparant le moniteur du reste de la machine). Voir PVA E/....

Contacté par le SECM, le service technique de la firme ALOKA s'étonne que cette machine soit déplacée. Ce service lui-même n'effectue jamais cette manœuvre qui demande un démontage long et minutieux (nombreux câblages) et ensuite le transport de deux parties de 10 et 92 kg (voir constat téléphonique E/12023300-102 du 15/03/2013).

De surcroît, le cabinet de ... se situe au 1^{er} étage du bâtiment et accessible uniquement par deux volées d'escaliers rendant illusoire le transport d'une machine de plus de 100 kgs. Voir constat en annexe 2.

Le SECM conclut à l'impossibilité de ce transfert régulier de l'appareil.

Enfin, une analyse des données attestées par le docteur A. et transmises par les organismes assureurs, démontre qu'entre le 11/03/2010 et le 8/12/2011, il y a 82 jours lors desquels le docteur A. a attesté des codes 469733 pour des assurés domiciliés à ... (...).

La thèse du regroupement de patients n'est donc pas constatée dans les données de tarification. »

2° Le docteur A. ne fait jamais d'échographies des artères vertébrales ; or le libellé de la prestation 469733-469744 stipule bien « examen duplex couleur bilatéral des artères carotides et des artères vertébrales. »

Il a d'ailleurs lui-même indiqué le 23 janvier 2013 :

« En ce qui concerne les carotides j'ai toujours utilisé le code carotides + vertébrales (469733) alors que je ne réalisais que l'échographie des carotides. J'ai découvert ça avant-hier en lisant la nomenclature d'un confrère radiologue. »

3° Absence, au niveau du protocole de l'analyse des tracés de fréquence de l'examen qui est exigé par la nomenclature.

4° Non-conformité de la région investiguée.

Sur 9 assurés auditionnés chez qui des échographies 469733-744 ont été attestées, 6 affirment avoir eu des échographies uniquement des membres inférieurs et jamais du cou.

Aucun indu différentiel ne peut être calculé car la prestation réalisée ne correspond à aucun libellé de la NPS.

1.2.4.2.

La Chambre de première instance estime que ce grief est établi.

En effet, le Docteur A. n'est pas crédible lorsqu'il indique qu'il a déplacé son appareil de ... à ... pour effectuer les examens sur ses patients de ... et Vu le poids de l'appareil et la complexité de branchement de celui-ci, ce n'était matériellement pas possible.

Par ailleurs, il a attesté ces prestations pour 82 journées pour les patients de ... et ..., ce qui correspond à 2 journées par semaine, et est donc contradictoire avec ses déclarations selon lesquelles l'appareil ne serait déplacé qu'une à deux fois par mois.

En pièces 387 à 498 figurent les iconographies (en couleur) des examens Duplex saisis au cabinet du Docteur A. pour 20 assurés, dont certains sont des patients de ... Il n'est toutefois pas établi que ces iconographies constituent en effet l'examen duplex couleur bilatéral des artères carotides et des artères vertébrales ; eu égard notamment aux déclarations des assurés et du Docteur A. lui-même.

Le 13 mars 2013, il a également déclaré :

« Vous faites remarquer que les documents que je vous ai fournis ne possèdent pas de tracé doppler avec analyse de fréquences des signaux. Je vous réponds que j'ai chaque fois fait le protocole des fréquences dans le dossier du patient sous forme de pourcentage mais je n'ai jamais photographié les fréquences. Je n'ai pas fait la manipulation, au moment de l'examen, pour enregistrer le tracé et pouvoir l'imprimer sur la machine. »

Ce grief n° 4 est dès lors établi pour tous les cas retenus par le SECM pour tous les motifs évoqués ci-avant.

L'indu s'élève à **4.747,28 €**.

1.2.5. Total de l'indu

Pour les 4 griefs retenus, l'indu s'élève à **5.894,10 €** (145,33 € + 516,89 € + 484,60 € + 4.747,28 €).

2. Sanction

2.1. *Amende administrative – principes*

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.

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 (...) »¹.

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 prudente².

La complexité de la législation sociale en vigueur ne peut être considérée comme source d'erreur invincible³.

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 invincible⁴.

¹ F. TULKENS et M. VAN DE KERCHOVE, *Introduction au droit pénal - Aspects juridiques et criminologiques*, Waterloo, Kluwer, 2007, 8ème éd., p. 404

² Cass., 2ème ch., 1^{er} 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, consultables sur <http://jure.juridat.just.fgov.be>

³ 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.

⁴ Cass., 2ème ch., 1^{er} octobre 2002, rôle n° P011 006N

2.2. Hauteur de la sanction

2.2.1.

En l'espèce, le SECM demande qu'il soit fait application du Code pénal social et que deux amendes administratives soient infligées à Monsieur A. :

- pour les prestations non effectuées (griefs n° 1 à 3), une amende administrative de 250 € majorée des décimes additionnels (x 5,5) soit une amende totale de 1.375 euros ;
- pour les prestations non conformes (grief n°4), une amende administrative de 250 euros majorée des décimes additionnels (x 5,5) soit une amende totale de 1.375 euros.

2.2.2.

Comme indiqué au point 1.2., les 4 griefs sont établis pour les cas limitatifs retenus dans la note de synthèse, hors extrapolation.

Par conséquent, les infractions « *réalité* » et « *conformité* » sont établies.

Monsieur A. n'a émis aucune observation concernant la demande du SECM relative à la sanction.

Par conséquent, la Chambre de première instance estime qu'il y a lieu de condamner Monsieur A. aux amendes suivantes :

- pour les prestations non effectuées, une amende administrative de **250 €** majorée des décimes additionnels (x 5,5) soit une amende totale de **1.375 €** ;
- pour les prestations non conformes, une amende administrative de **250 €** majorée des décimes additionnels (x 5,5) soit une amende totale de **1.375 €**.

3. Intérêts

Les sommes, dont Monsieur A. est redevable, doivent être payées dans les trente jours de la notification de la décision de la Chambre de première instance. A défaut de paiement dans ce délai, les sommes restant dues produisent de plein droit des intérêts au taux légal en matière sociale, tel que prévu à l'article 2, §3 de la loi du 5 mai 1865 relative au prêt à intérêt à compter de l'expiration de ce délai (art.156, §1^{er}, al. 2, de la loi ASSI tel que modifié par l'article 26 de la loi du 17 juillet 2015 portant dispositions diverses en matière de santé).

4. Exécution provisoire

Les décisions de la Chambre de première instance sont exécutoires de plein droit par provision, nonobstant tout recours (art.156, §1^{er}, al.1, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994).

Si le débiteur fait défaut, l'Administration générale de la perception et du recouvrement peut être chargée de la récupération des montants dus (art.156, §1^{er}, al.3, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994).

* *
*

**PAR CES MOTIFS;
LA CHAMBRE DE PREMIERE INSTANCE,**

Statuant contradictoirement,

Déclare la demande du SECM dirigée contre Monsieur A. recevable et fondée dans la mesure déterminée ci-après ;

Dit pour droit que les éléments matériels constitutifs des 4 griefs basés sur les articles 73bis, 1° et 73bis, 2° de la loi ASSI, formulés à l'encontre de Monsieur A. sont établis pour tous les cas cités dans la note de synthèse du SECM, à l'exception des extrapolations effectuées par le SECM aux griefs n° 2 et 3 ;

Par conséquent, condamne Monsieur A. à rembourser la valeur des prestations indûment versées par l'assurance soins de santé, soit la somme totale de **5.894,10 €** ;

Condamne Monsieur A. au paiement d'une amende administrative s'élevant à **250 €** pour les prestations non effectuées, majorée des décimes additionnels (x 5,5), soit une amende totale de **1.375 €** ;

Condamne Monsieur A. au paiement d'une amende administrative s'élevant à **250 €** pour les prestations non conformes, majorée des décimes additionnels (x 5,5), soit une amende totale de **1.375 €** ;

Dit que les sommes dont Monsieur A. est redevable produiront des intérêts au taux légal en matière sociale à compter de l'expiration du délai de trente jours suivant la notification de la décision, à défaut de paiement dans ce délai.

Dit que la présente décision est exécutoire de plein droit par provision nonobstant tout recours.

La présente décision est prise par la Chambre de première instance, composée de Madame Pascale BERNARD, Présidente, Madame Anne VERGISON, Monsieur Jacques BOLY, Madame Bernadette GERMAIN, Monsieur Daniel LECLERCQ, membres, assistés de Madame Dominique HONVAULT, greffier.

Et prononcée en audience publique du 27 novembre 2015, par Madame Pascale BERNARD, Présidente, assistée de Madame Dominique HONVAULT, greffier.

Dominique HONVAULT
Greffier

Pascale BERNARD
Président