

DECISION DE LA CHAMBRE DE RECOURS DU 6 AOUT 2015  
FB-001-14

**EN CAUSE DE : Monsieur A.**

Médecin - spécialiste en cardiologie

**Et la SPRL B.**

Comparaissant en personne et assisté de ;

Maître C. loco Maître D.

Parties appelantes,

**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 E., médecin-inspecteur-directeur, et par  
Madame F., juriste.

Partie intimée,

**I. La recevabilité**

La décision de la Chambre de 1<sup>ère</sup> instance ayant été notifiée le 21 janvier 2014, le recours du 20 février 2014, reçu au greffe de la Chambre de recours le 24 février 2014, régulier en la forme, est recevable.

**II. Les faits**

Monsieur A. travaille en tant que cardiologue à titre privé depuis le mois de mai 2001. En fait, il exerce son activité en tant que gérant d'une SPRL B. Vu le nombre d'attestations de soins donnés pour certains codes, le Service d'évaluation et de contrôle médicaux a procédé à une enquête.

1. Cinq griefs ont été portés à l'encontre de Monsieur A., médecin cardiologue, pour la période s'étendant du 7 mars 2008 au 3 août 2010, à savoir :

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

cette même loi ainsi que d'avoir porté en compte de l'assurance obligatoire soins de santé ces prestations non conformes à la loi ou à ses arrêtés d'exécution.

En fait il est reproché à Monsieur A. d'avoir porté en compte la prestation reprise sous le code 476254 – 476265 monitoring de holter pour des assurés plusieurs jours de suite alors qu'il s'agissait d'un seul examen holter ininterrompu pendant plusieurs jours.

Ce grief est formulé pour 154 prestations, pour 62 assurés, du 15 janvier 2009 au 5 octobre 2010, pour un montant de 6.250,44 €.

L'infraction tombe sous l'application de l'article 73*bis*, 2° de la loi coordonnée du 14 juillet 1994.

- b) Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer des documents réglementaires visés dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans ladite loi, ses arrêtés d'exécution ou les conventions ou accords conclus en vertu de cette même loi ainsi que d'avoir porté en compte de l'assurance obligatoire soins de santé ces prestations non conformes à la loi ou à ses arrêtés d'exécution.

En fait il est reproché à Monsieur A. d'avoir attesté des examens échographiques cardiaques, vasculaires sans avoir pu produire les examens duplex, les tracés doppler de support iconographique, les iconographies, ni des enregistrements et archivage des examens.

Ce grief est formulé pour 92 prestations pour 10 assurés sociaux, du 31 janvier 2009 au 3 août 2010, pour un montant de 5.800,16 €.

L'infraction tombe sous l'application de l'article 73*bis*, 2° de la loi coordonnée du 14 juillet 1994.

- c) Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer des documents réglementaires visés dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans ladite loi, ses arrêtés d'exécution ou les conventions ou accords conclus en vertu de cette même loi ainsi que d'avoir porté en compte de l'assurance obligatoire soins de santé ces prestations non conformes à la loi ou à ses arrêtés d'exécution.

En fait il est reproché à Monsieur A. d'avoir attesté certaines prestations, sans avoir pu produire les documents, les tracés, images et protocoles alors que la législation impose la conservation de ces documents durant une période de 2 ans au moins.

Ce grief est formulé pour 85 examens pour 10 assurés sociaux, du 3 février 2009 au 30 septembre 2010, pour un montant de 1.286,82 €.

L'infraction tombe sous l'application de l'article 73bis, 2° de la loi coordonnée du 14 juillet 1994.

d) Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer des documents réglementaires visés dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans ladite loi, ses arrêtés d'exécution ou les conventions ou accords conclus en vertu de cette même loi ainsi que d'avoir porté en compte de l'assurance obligatoire soins de santé ces prestations non conformes à la loi ou à ses arrêtés d'exécution.

En fait il est reproché à Monsieur A. d'avoir attesté certaines prestations sans avoir pu produire les documents, les tracés, images et protocoles alors que la législation impose la conservation de ces documents durant une période de 2 ans au moins pour certains cas, le risque d'arythmie ventriculaire documenté n'apparaît pas dans le dossier. En outre, il y a eu répétition d'examens alors que des examens semblables déjà réalisés se sont avérés normaux.

Ce grief est formulé pour 28 prestations pour 10 assurés sociaux, du 7 avril 2009 au 30 septembre 2010, pour un montant de 841,78 €.

L'infraction tombe sous l'application de l'article 73bis, 2° de la loi coordonnée du 14 juillet 1994.

e) Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer des documents réglementaires visés dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans ladite loi, ses arrêtés d'exécution ou les conventions ou accords conclus en vertu de cette même loi ainsi que d'avoir porté en compte de l'assurance obligatoire soins de santé ces prestations non conformes à la loi ou à ses arrêtés d'exécution.

En fait il est reproché à Monsieur A. d'avoir attesté certains examens, sans avoir pu fournir de registre pour les années 2009 à 2011 inclus reprenant les indications des examens répétés comme exigé lors de l'attestation du code 469630.

Ce grief est formulé pour 483 prestations pour 259 assurés sociaux, du 7 mars 2008 au 5 octobre 2010, pour un montant de 31.002,20 €.

L'infraction tombe sous l'application de l'article 73bis, 2° de la loi coordonnée du 14 juillet 1994.

Par sa décision dont appel du 20 janvier 2014, la Chambre de 1<sup>ère</sup> instance :

- déclare la demande du Service d'évaluation et de contrôle médicaux recevable et fondée,
- condamne solidairement les présentes parties appelantes au remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé, soit la somme de 45.181,40 €,

- condamne la première partie appelante au paiement d'une amende administrative égale à 250,00 € multipliée par les décimes additionnels (x 5,5) soit la somme de 1.375,00 €,
- autorise les parties appelantes à régler les sommes dues par 12 mensualités équivalentes, chaque mensualité étant due pour le 5 de chaque mois au plus tard, le premier paiement devant intervenir au plus tard le 5 mars 2014 et l'absence d'une seule mensualité à l'échéance prévue entraînant l'exigibilité de la totalité des sommes dues.

Relevons qu'un montant de 5020,00 € a été remboursé.

### **III. Les moyens des parties**

En appel, les parties appelantes font valoir :

- que les griefs 1, 2 et 4 ne sont pas contestés et que les remboursements liés à ces griefs ne sont pas contestés,
- que pour le grief 3, elles furent victimes de deux bugs informatiques en juin et septembre 2010 entraînant la perte des données échographiques, ce qui est un cas de force majeure,
- qu'il ne peut être déduit de la non présentation des documents demandés que les attestations des examens échographiques seraient non-conformes ou que les examens attestés n'auraient pas été effectués,
- qu'une extrapolation sur base de l'audition de 2 patients est irrégulière pour établir que toutes les prestations n'ont pas été effectuées,
- que pour le grief 5, il ne peut être inféré de l'absence de registre que les prestations n'ont pas été effectuées,
- que les registres ont été reconstitués ce qui prouve la réalisation des examens.

Elles sollicitent :

- qu'il soit acté que les griefs 1, 2 et 4 ne sont pas contestés ni les montants réclamés en conséquence,
- que le grief 3 n'est établi que pour les deux patients auditionnés dans le cadre de l'enquête et que les montants réclamés doivent être réduits en conséquence,
- que le grief 5 n'est pas établi à suffisance,
- que l'amende administrative soit réduite à 50 % du montant de la valeur des prestations non conformes,
- qu'un sursis soit accordé pour l'entièreté de l'amende,

- que des délais de paiement de 36 mensualités soient accordés vu la santé financière de la société.

L'INAMI fait valoir :

- que la nomenclature exige que les examens visés au 3<sup>ème</sup> grief comportent un protocole et que le prestataire puisse produire les tracés et protocoles de ces examens ;
- que les parties appelantes n'ont pas pris toutes les mesures utiles pour la conservation des protocoles et documents visés par le grief 3 et le grief 5,
- que la tenue d'un registre, pour le grief 5, est un élément constitutif de la prestation,
- qu'il n'a pas effectué d'extrapolation,
- qu'il s'en réfère à la Chambre de recours quant aux délais de paiement,
- que la condamnation à l'amende doit être confirmée.

#### **IV. Discussion**

##### **Le troisième grief**

1. Le 3<sup>ème</sup> grief concerne des prestations d'électrocardiographie reprises dans la nomenclature sous le code 475075 – 475086, soit examens électrocardiographiques avec protocole, 12 dérivations différentes au minimum K 22,5 et depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2010 K 14,95. Il n'est pas contesté que conformément à la réglementation, et notamment à l'article 1<sup>er</sup>, § 8, alinéa 2 de la nomenclature, ces protocoles doivent être conservés pendant une période de deux ans.

La conservation des protocoles permet de vérifier la réalité de l'examen ainsi que la réalisation correcte de celui-ci.

Il résulte clairement de ces considérations, et notamment du libellé même de la prestation en cause que pour donner lieu au remboursement, la prestation doit comporter un protocole et que celui-ci doit être conservé pendant 2 ans. En l'absence de protocole, la prestation n'est pas remboursable, celle-ci n'étant pas conforme.

Il appartient en effet aux parties appelantes d'établir que les prestations attestées ont bien été réalisées conformément à la législation et que les protocoles ont été établis.

2. Les parties appelantes font valoir que les tracés de ces examens étaient stockés sur le disque dur de son ancien ordinateur qu'il ne possède plus et que ces tracés n'étaient pas tous imprimés. En outre, cet ordinateur a fait l'objet de deux bugs informatiques, en juin et septembre 2010, bugs qui ont entraîné la perte des données échographiques. Elles précisent que les examens ont bien été réalisés.

Les bugs informatiques ne peuvent constituer un cas de force majeure en l'espèce. En effet, il appartient aux parties appelantes, qui doivent établir la réalisation des protocoles, de s'assurer de la conservation de ceux-ci. Les parties appelantes devaient savoir que les bugs informatiques ne sont pas rares et que c'est pour cette raison du reste qu'il est vivement conseillé à tous les utilisateurs d'ordinateurs d'effectuer régulièrement copies et sauvegardes des documents enregistrés par les ordinateurs.

La présente Chambre relève en outre que les parties appelantes restent en défaut de produire un seul protocole qu'elles auraient soit imprimé soit adressé à un confrère ou à un patient.

Il résulte de ces considérations qu'il n'est pas établi que pour les prestations en cause des protocoles furent établis. Les prestations en cause ne pouvaient dès lors faire l'objet d'un remboursement, ces prestations n'étant pas conformes à la nomenclature.

La présente chambre précise que le présent grief est établi sans faire appel à des témoignages ou à une extrapolation inexistante en l'espèce.

La décision dont appel doit être confirmée quant à ce.

#### Le cinquième grief

La prestation reprise dans la nomenclature sous le code 469630 – 469641 concerne la répétition dans l'année civile des diverses prestations et notamment de bilans échographiques transthoraciques complets du cœur pour diverses indications reprises dans la réglementation. La nomenclature précise : « *L'enregistrement et l'archivage de l'examen sur bande magnétique ou support digital, le protocole détaillé et la tenue d'un registre reprenant les indications de l'examen répété sont exigés.* » Il résulte de cette disposition que la prestation en cause exige pour être conforme et donc remboursable la tenue d'un registre justifiant les répétitions de l'examen.

Il n'est pas contesté que le docteur A. n'a pas tenu le registre visé par la réglementation dès lors qu'il ignorait devoir tenir un registre reprenant, notamment, les indications de l'examen répété.

Les parties appelantes font valoir que les examens ont bien été réalisés et que les registres ont été reconstitués. Il n'est pas contesté toutefois qu'au moment où ces prestations furent attestées et remboursées, de tels registres n'existaient pas et que les prestations non conformes alors ne pouvaient au vu de la législation applicable faire l'objet d'un remboursement, que les examens furent réalisés ou non, justifiés ou non.

Ici aussi le grief est établi sans faire appel à des témoignages ou une extrapolation.

La décision dont appel doit être confirmée quant à ce.

## Le remboursement

Les prestations non conformes doivent faire l'objet d'un remboursement. Conformément à l'article 164, alinéa 2 de la loi coordonnée, la personne morale ayant perçu le montant des prestations est tenue avec le dispensateur de soins au remboursement des prestations indûment remboursées.

La décision dont appel doit être confirmée quant à ce.

## L'amende administrative

Le Docteur A. sollicite que l'amende soit ramenée à 50 % des prestations non conformes et qu'un sursis soit accordé pour l'entièreté de l'amende.

En l'espèce, à juste titre, la Chambre de 1<sup>ère</sup> instance a appliqué les articles 101 et 102 du Code pénal social et non l'article 142 de la loi coordonnée, et ce en faisant une juste application de la loi pénale la plus douce. Les peines d'amende du Code pénal social sont en l'espèce largement plus légères que celles prévues par la législation AMI. Le montant de l'amende pour les faits reconnus comme établis s'élève en l'espèce de 25 à 250 €, à majorer des décimes additionnels.

La Chambre de recours retiendra pour fixer le montant de l'amende administrative :

- le nombre de prestations non conformes,
- la durée de la période infractionnelle,
- le fait que le Docteur A. soit peu respectueux de la réglementation,
- l'absence d'antécédent.

Au vu de ces éléments, la présente chambre considère que le montant de l'amende doit être fixé à 200,00 € à majorer des décimes additionnels.

La gravité des faits et la durée de la période infractionnelle ne justifie pas l'octroi d'un sursis.

L'appel est très partiellement fondé quant à ce.

## Le délai de paiement

Les parties appelantes connaissent depuis 2012 les faits reprochés et le montant de l'indu à rembourser. Les parties appelantes ont dès lors pu s'organiser pour rembourser la somme de 45.181,40 €, et ce même si la société ne présente pas une situation financière florissante. La présente Chambre de recours relève aussi qu'aucune indication n'est donnée quant à la situation financière du Docteur A. également tenu au remboursement de la dette.

La Chambre de recours considère dès lors qu'il n'y a pas lieu de faire droit à la demande de termes et délais, le bien fondé de celle-ci ne pouvant être apprécié.

**Par ces motifs,**

La Chambre de recours instituée auprès du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI,

composée de Monsieur Damien KREIT, Président, et des Docteurs Isabelle HANOTIAU, Axel LEVECQ, Jean-Pierre PENNEC, Vincent LAMY membres, assistée de Madame Caroline METENS, greffier,

après en avoir délibéré et statuant contradictoirement,

Madame Isabelle HANOTIAU, Messieurs Axel LEVECQ, Jean-Pierre PENNEC, Vincent LAMY ayant rendu leur avis sans prendre part à la décision,

Ecartant comme non fondées toutes conclusions autres, plus amples ou contraires,

Reçoit l'appel,

Le déclare en grande partie non fondé,

Confirme la décision dont appel, sous l'émendation que l'amende infligée à la partie appelante doit être fixée au montant de 200,00 € à majorer des décimes additionnels et qu'il n'y a pas lieu à l'octroi de termes et délais pour le remboursement de la dette.

Ainsi prononcé en langue française et en audience publique de la Chambre de recours le 6 août 2015 à BRUXELLES, par Monsieur KREIT D., Président, assisté de Madame METENS C., Greffier.

Caroline METENS  
Greffier

Damien KREIT  
Président