

DECISION DE LA CHAMBRE DE PREMIERE INSTANCE DU 03/06/2022

Numéro de rôle FA-007-21

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

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

Partie requérante ;

CONTRE : **Monsieur A.**
médecin généraliste agréé

Et la SPRL B.

Comparaissant en personne et assistés de Me E, avocat.

Parties défenderesses.

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 9 juillet 2021, entrée au greffe le 9 juillet 2021, 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 le Docteur A., médecin généraliste agréé, et la SPRL B.;
- la note de synthèse du SECM.

Les parties ont été entendues à l'audience du 12 mai 2022, 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 (ci-après dénommée loi ASSI) 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

Le SECM demande à la Chambre de première instance de :

- déclarer établi le grief unique basé sur l'article 73bis, 1° de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 formulé pour tous les cas cités dans la note de synthèse ;
- condamner solidairement le Docteur A. et la SPRL B. au remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé, soit la somme de **302.654,84 €** (article 142, §1er, 1°, de la loi SSI) ;
- condamner le Docteur A. au paiement d'une **amende administrative s'élevant à 150 % du montant de la valeur des prestations indues**, soit la somme de 453.982,26 € (article 142, §1er, 1° de la loi ASSI), dont 100% en amende effective (soit 302.654,84 €) et 50% en amende assortie d'un sursis d'une durée de 3 ans (soit 151.327,42 €) ;
- dire qu'à défaut de paiement des sommes dues par le Docteur A. et par la SPRL B. dans les 30 jours de la notification de la décision de la Chambre de première instance, des intérêts au taux légal en matière sociale, tel que prévu à l'article 156, §1er de la loi ASSI, seront dus, de plein droit, à compter de l'expiration du délai précité.

III. FAITS

Le Docteur A. a obtenu son diplôme à ... en 2008.

Il a travaillé de 2008 à 2011 dans une maison médicale.

Entre 2008 et 2016, il a fait des gardes d'urgence et de tri à l'hôpital X. et Y.

Il a débuté en 2015 sa pratique actuelle ...

Il y a deux salles de consultation. Tous les revenus sont perçus par la société B. dont il est le gérant. Il est conventionné.

Il avait perdu son accréditation car il n'avait pas assez assisté aux Glems. Depuis le 1^{er} décembre 2019, il est de nouveau accrédité.

Les horaires de son cabinet situé ... sont les suivants :

- Lundi-mardi-jeudi : 9-12.30h
- Mercredi-Vendredi : 9-10.30h
- Vendredi : 16-19h.

Depuis mi-2018, il fait également des consultations dans la maison médicale ... pour les patients turcs. Il y travaille à l'acte 1/2 à 1 jour par semaine le plus souvent le vendredi.

Il est aussi rémunéré pour les prises de sang qu'il fait dans son cabinet (20 % du chiffre d'affaire, entreprise ...).

Le Docteur A. se fait assister par 3 médecins généralistes en formation :

- le Docteur F. qui a commencé à travailler chez le Dr A. en novembre 2018
- le Docteur G. qui a commencé à travailler chez le Dr A. en 2018
- un troisième médecin en formation (identité inconnue) qui ne travaille qu'à la maison médicale ... depuis récemment.

Le Docteur A. atteste en général ses prestations en tiers payant. Pour E-attest chaque médecin atteste pour lui-même (sur le nom du Dr A.). Pour les visites à domicile l'attestation se fait généralement sur des ASD papier.

Les médecins en formation attestent toujours au nom du maître de stage.

L'évolution de son chiffre d'affaire annuel depuis 2015 est le suivant :

<i>Période comptable</i>	<i>Nombre de prestations</i>	<i>Montant du remboursement</i>
2021/1	?	212.923 € ¹
2020	?	366.728 € ²
2019	27.328	407.895,71 €
2018	20.218	393.330,87 €
2017	9.111	253.359,03 €
2016	7.175	192.332,68 €
2015	2.524	68.919,30 €

Pour 2018, le profil détaillé montre que le Docteur A. se situe au percentile égal ou supérieur à 99,90 pour consultations, supplément pour consultation de soir, visites WE et incision/drainage panaris, au percentile 99,69 pour visite de nuit et percentile 98,87 pour visite du soir.

Pour 2019, le profil détaillé montre que le Docteur A. se situe au percentile supérieur à 99 pour visites WE et incision/drainage panaris, percentile 98,29 pour visite de nuit et percentile 95,09 pour visite du soir.

L'enquête du SECM a été effectuée sur la base des documents suivants :

- les listings informatiques demandés aux Unions nationales des Organismes assureurs sur base de l'article 138 de la loi ASSI pour la période d'introduction aux OA s'étendant du 1^{er} janvier 2016 au 31 mai 2019 ;
- les auditions des assurés interrogés durant le deuxième semestre de 2019 :
 - à domicile : 12 familles
 - par téléphone : 16 familles ;
- les auditions des deux médecins en formation chez le Docteur A. :
 - Dr F. le 23 septembre 2019
 - Dr G. le 23 septembre 2019 ;
- l'audition du Docteur A. le 11/12/2019.

¹ Information communiquée par le SECM à l'audience du 12 mai 2022

² Information communiquée par le SECM à l'audience du 12 mai 2022.

Deux procès-verbaux de constat ont été rédigés le 1^{er} janvier 2020 et envoyés par recommandé le 7 janvier 2020, accompagnés d'une invitation de remboursement volontaire en deux exemplaires. Une copie a été envoyée à la société B.

Le Docteur A. n'a pas répondu à l'invitation de remboursement volontaire ni contacté le service après le PVA.

IV. DISCUSSION

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

1.1. Principes

L'article 73bis de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (ci-après dénommée la loi ASSI) prévoit 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, § 1^{er} :

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

(...) »

Le dispensateur de soins qui porte en compte à l'assurance soins de santé des prestations non effectuées (article 73bis, 1°) est sujet au remboursement de la valeur des prestations concernées, conformément à l'article 142, §1^{er}, 1° de la loi ASSI.

Il suffit que les éléments matériels constitutifs d'une telle infraction, 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.

Par ailleurs, l'article 164, alinéa 2 de la loi ASSI prévoit que :

*« En régime du tiers payant, les prestations de l'assurance soins de santé payées indûment sont remboursées par le dispensateur de soins qui ne s'est pas conformé aux dispositions légales ou réglementaires. **Lorsque les prestations ont été perçues, pour son propre compte, par une personne physique ou morale, celle-ci est solidairement tenue au remboursement avec le dispensateur de soins.** (...)».*

1.2. Application en l'espèce

➤ **Grief reproché par le SECM au Docteur A.**

Le SECM reproche au Docteur A. d'avoir porté en compte à l'assurance soins de santé des prestations non conformes qu'il n'a pas effectuées.

Le calcul de l'indu a été effectué dans deux PVC :

- ✓ *Un premier PVC* (dates de prestation du 1^{er} janvier 17 au 24 mai 19 – dates d'introduction aux OA du 9 janvier 2017 au 31 mai 19) **reprend les prestations non effectuées identifiées sur base de la déclaration des assurés soit 1338 prestations avec un indu de 53.393,13 €.**

Les déclarations des assurés ont mis en évidence que :

- très peu de visites à domicile attestées ont été effectuées par le Docteur A. et ses assistants ;
- le nombre de consultations attestées à leur nom est très supérieur au nombre de consultations effectuées.

Sur base de leurs déclarations, le service a pu identifier 1.338 prestations non effectuées pour un montant de 53.393,13€.

- ✓ *Dans un deuxième PVC* (dates d'introduction aux OA du 1^{er} janvier 2017 au 31 mai 2019) est porté à grief le montant calculé **sur base de la déclaration du Docteur A.** dont a été soustrait le montant des prestations portées à grief sur base de la déclaration des assurés : 302.654,84 € - 53.393,13 € = 249,261,71 €.

Lors de son audition, le Docteur A. a en effet déclaré ce qui suit :

« (...) Pour les visites : en été (on fait) 4-10 par mois, en hiver ± 20 par mois (...)

J'avoue que j'ai à tort attesté la prestation 101113 (supplément) pour compenser la perte d'accréditation

Au moins ¼ n'ont pas été attestées correctement.

J'avoue que j'ai souvent remplacé des consultations pour des visites à domicile. J'avoue aussi que j'ai mis des consultations sur le nom de quelqu'un. J'avoue que ¼ des consultations sont fictives. Pour les visites à domicile cela tourne entre 2/3-3/4 (...).

Le Docteur F. a déclaré :

« Les visites à domicile sont rares ; j'en fais une fois par semaine au maximum. J'ai vu faire le Dr A. faire 2-3 visites à domicile durant le temps que je travaille chez lui. Les visites à domicile concernent essentiellement des patients qui ne sont pas capables de se déplacer : 3 personnes dans un home, une personne obèse, une personne très âgée et une personne palliative ».

« Je ne me souviens pas d'avoir soigné chirurgicalement un panaris ni d'avoir fait une suture. Aussi pour l'accoutumance au tabac je n'ai jamais fait cela ni vu faire ça. »

« Puisqu'il n'est plus accrédité il demande systématiquement le supplément (18-21 h) pour arriver à 26, puis 27 € et cacher pour ses patients qu'il n'est plus accrédité ».

Docteur G. a déclaré :

« Je suis salariée chez lui. J'atteste sur les ASD du Dr A. ».

« Dr A. fait la tarification en tiers payant pour des patients qui ne peuvent pas payer ou quand c'est noté sur la fiche que le patient a droit à un remboursement majoré : pour le code 101032 ces personnes paient 1.5€ cash (versus €22 pour les autres patients) et on leur donne une ASD par E-attest pour la consultation par Dr A. Pour attester à domicile on utilise les ASD classiques (papier). Dr A. demande €27 euro pour la consultation, il utilise le code 101113 pour cacher qu'il n'est plus accrédité. »

« J'ai quelques patients que je vois à domicile. 5 visites par mois environ. Je crois que le Dr A. a quelques patients qu'il suit à domicile. Le plus souvent des Turcs »

L'indu repris dans le 2^{ème} PVC a été calculé selon la méthode suivante :

1° Détermination du pourcentage de prestations non effectuées

Pour les visites à domicile :

- Dans sa déclaration du 11 décembre 2019, le Docteur A. a estimé la part des visites non effectuées à 2/3 - 3/4.
- 3/4 (**75%**) a été retenu par le SECM pour le calcul de l'indu étant donné que le Docteur A. a également déclaré ce qui suit: « Pour les visites : en été (on fait) 4-10 par mois en hiver ± 20 par mois. »
- Si l'on prend 20 visites pour tous les mois de l'année, on obtient pour toute la période examinée 20 x 12 mois = 240 visites, ce qui ne représente que 1/7 (14%) de ce qui a été réellement attesté.
- En outre le nombre très faible de visites à domicile reconnues par les assurés confirme le pourcentage retenu pour le calcul de l'indu.

Concernant les consultations :

- Le Docteur A. a estimé la part des consultations non effectuées à **25%**.

Concernant les suppléments 101113,

- le Docteur A. a estimé la part des suppléments non attestés correctement à **75%**.

2° Détermination du nombre de prestations attestées durant la période du 01/01/2017 au 31/05/2019 (dates d'introduction aux OA) :

- Visites à domicile : 3.752 prestations pour un montant total de 187.976,75 €
- Consultations : 25.519 prestations pour un montant total de 523.854,71 €
- Suppléments de permanence (101113): 10.231 prestations pour un montant de 40.944,80 €.

3° Calcul du montant des prestations indues :

- Visites à domicile (75 %) : $187.976,75 \text{ €} \times 0,75 = 140.982,6 \text{ €}$
 - Consultations (25 %) : $523.854,71 \text{ €} \times 0,25 = 130.963,7 \text{ €}$
 - Suppléments 101113 (75%) : $40.944,80 \text{ €} \times 0,75 \text{ €} = 30708,6 \text{ €}$
- Total indu pour la période concernée : 302.654,84 €.**

➤ **Position du Docteur A.**

Le Docteur A. n'a pas réagi aux 2 PVC et n'a procédé à aucun remboursement.

Bien qu'il y ait été valablement invité, le Docteur A. n'a pas conclu dans le cadre de la présente procédure.

A l'audience du 12 mai 2022, il n'a pas réellement contesté le grief retenu à sa charge mais a souhaité apporter les précisions suivantes :

- il soigne beaucoup de patients turcs qui ont des difficultés financières ;
- il fait de la médecine sociale et ne facture pas ses prestations aux patients qui connaissent des difficultés financières ;
- pour « compenser » la perte de revenus pour les prestations effectuées gratuitement dans le cadre de la médecine sociale, il a facturé à l'assurance soins de santé des prestations non effectuées sur d'autres patients ;
- il n'était pas au courant qu'il pouvait cocher une case relative aux difficultés financières des personnes soignées ;
- il ne conteste pas la matérialité du grief repris dans le 1^{er} PVC et l'indu de 53.393,13 € ;
- en ce qui concerne le 2^{ème} PVC, il considère que les pourcentages retenus ne peuvent valablement fonder le calcul de l'indu tenant compte des déclarations effectuées sous la pression. Pour les visites à domicile, il a déclaré entre 2/3 et 3/4 de prestations non effectuées. Il constate que le SECM a choisi la fourchette la plus haute pour le calcul de l'indu.

➤ **Position de la Chambre de première instance**

La Chambre de première instance constate que le grief n'est pas réellement contesté par le Docteur A.

La seule « contestation » mais qui n'est illustrée par aucune donnée chiffrée concrète, concerne le pourcentage de 75 % retenu pour les visites à domicile non effectuées.

Il est vrai que le Docteur A. a déclaré que c'était entre 2/3 et 3/4 des prestations qui étaient non effectuées.

Toutefois, cette déclaration doit être mise en perspective avec une autre déclaration du Docteur A. selon laquelle « *Pour les visites : en été (on fait) 4-10 par mois en hiver ± 20 par mois.* ». Sur la base de cette déclaration, le SECM a pris en considération 20 visites pour tous les mois de l'année (ce qui correspond à l'hypothèse la plus favorable pour le Docteur A.), et a obtenu pour toute la période examinée $20 \times 12 \text{ mois} = 240 \text{ visites}$, ce qui ne représente que 1/7 (14%) de ce

qui a été réellement attesté par le Docteur A. pour toute la période. Si l'on devait prendre en considération ce dernier pourcentage, ce serait alors 86 % des prestations qui seraient non conformes.

Le pourcentage retenu de 75 % apparaît dès lors plutôt « favorable » au Docteur A. pour le calcul de l'indu relatif aux visites à domicile non effectuées.

Pour le reste, les considérations de Docteur A. sur la médecine sociale qu'il déclare pratiquer sont sans incidence sur le grief.

Elles ne peuvent d'ailleurs nullement justifier l'infraction (grave) commise. Il n'appartient pas au prestataire de soins de décider unilatéralement de facturer les prestations accomplies (pour autant qu'elles l'aient été réellement) sur un autre assuré social. Le contrôle de la réalité des prestations effectuées est ainsi rendu totalement impossible.

Les déclarations du Docteur A. ne sont en outre pas du tout crédibles. Le Docteur A. facture déjà près de 90 % de ses prestations en tiers payant et, depuis mi-2018, il fait également des consultations dans la maison médicale ... pour les patients turcs. Le Docteur A. connaît donc parfaitement les options possibles pour permettre aux patients qui n'en n'ont pas les moyens, de se faire soigner gratuitement. Il pouvait envoyer les patients en difficulté à la maison médicale.

Enfin, il y a lieu de constater que ces justifications n'ont pas été invoquées par le Docteur A. lors de son audition, puisqu'il s'est contenté d'invoquer des problèmes financiers de la famille.

En conclusion :

La Chambre de première instance estime que le grief est établi pour tous les cas repris dans la note de synthèse.

Le montant total de l'indu s'élève à **302.654,84 €**.

Aucun remboursement n'est intervenu.

Le Docteur A. et la SPRL B. seront dès lors condamnées solidairement à rembourser le montant total de cet indu, soit **302.654,84 €**.

2. Sanction

2.1. Principes

2.1.1.

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 (...) »³.

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 prudente ⁴.

La complexité de la législation sociale en vigueur ne peut être considérée comme source d'erreur invincible⁵.

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 invincible⁶.

2.1.2.

Le régime de sanctions applicable aux faits litigieux est repris à l'article 142, §1^{er}, al. 1^{er}, 1^o de la loi ASSI :

« § 1^{er}. Sans préjudice d'éventuelles sanctions pénales et/ou disciplinaires, les mesures suivantes sont appliquées aux dispensateurs de soins et assimilés qui ne se conforment pas aux dispositions de l'article 73bis :

1^o le remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé et une amende administrative comprise entre 50 % et 200 % du montant du remboursement en cas d'infraction aux dispositions de l'article 73bis, 1^o »

³ F. TULKENS et M. VAN DE KERCHOVE, *Introduction au droit pénal- Aspects juridiques et criminologiques*, Waterloo, Kluwer, 2007, 8ème éd., p. 404

⁴ 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>

⁵ 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.

⁶ Cass., 2ème ch., 1^{er} octobre 2002, rôle n° P011 006N

2.2. Application en l'espèce

➤ **Demande du SECM**

Le SECM demande à la Chambre de première instance de condamner le Docteur A. au paiement d'une **amende administrative s'élevant à 150 % du montant de la valeur des prestations indues**, soit la somme de 453.982,26 € (article 142, §1er, 1° de la loi ASSI), dont 100% en amende effective (soit 302.654,84 €) et 50% en amende assortie d'un sursis d'une durée de 3 ans (soit 151.327,42 €).

➤ **Position du Docteur A.**

Le Docteur A. demande la réduction du montant de l'amende, même s'il ne conteste pas la gravité de l'infraction.

Il demande une amende proportionnée et supportable.

Il estime qu'il est totalement disproportionné de lui demander de payer plus de 600.000€ à titre de remboursement de l'indu et d'amende.

Il déclare qu'il lui sera impossible de rembourser cette somme et que cette demande va « *ruiner sa carrière* ».

Il demande l'indulgence de la Chambre de première instance eu égard au fait qu'il pratique une médecine sociale.

Etant donné qu'il n'a pas d'antécédent, il demande un sursis total pour le montant de l'amende, ou, à titre subsidiaire, un sursis le plus large possible avec une amende en principal de maximum 50 %.

➤ **Position de la Chambre de première instance**

La Chambre de première instance estime qu'il y a lieu de faire droit à la demande du SECM et d'infliger au Docteur A. une amende égale à **150 %** de la valeur des prestations indues, soit **453.982,26 €**.

Le grief retenu est grave et dénote une intention frauduleuse dans le chef du Docteur A.

Le Docteur A. a porté en compte un très grand nombre de prestations non effectuées sur une période de plus 2 ans, causant un préjudice énorme de 302.654,84€ à l'assurance soins de santé.

Le Docteur A. a manifestement tenté de s'enrichir sur le dos de l'assurance soins de santé.

Ses tentatives de justification concernant la pratique d'une médecine sociale ne tiennent pas la route.

Si l'intention du Docteur A. était de compenser des prestations qu'il aurait effectivement dispensées à titre gratuit (ce dont la chambre de première instance doute), force est de constater qu'il a facturé à l'assurance soins de santé certainement 4 fois plus (en moyenne) que ce qu'il aurait « perdu » en prestant les soins gratuitement.

Il ressort en effet du tableau du volume d'activité repris dans la note de synthèse que le Docteur A. est passé d'un chiffre d'affaires de 68.919 € (avec 2.524 prestations) en 2015 à 407.895 € (avec 27.328 prestations) en 2019.

En 2016, le chiffre d'affaires était déjà passé à 192.332 € (7.175 prestations).

De telles augmentations du nombre de prestations en un si court laps de temps paraissent impossibles et sont en tout cas inexplicables.

Une sanction sévère est justifiée, ce qui conduit la Chambre de première instance à confirmer l'amende de 150 %, soit 453.982,26 €.

Tenant compte de l'absence d'antécédent dans le chef du Docteur A. et du fait qu'il a pris conscience de la gravité de son comportement, la Chambre de première instance estime qu'un sursis pour la moitié du montant de l'amende peut lui être accordé, ce qui porte **le montant effectif de l'amende à 226.991,13 €.**

3. Intérêts

Les sommes, dont le Docteur A. et la SPRL B. sont redevables, 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. Termes et délais

En vertu de l'article 156, §1^{er}, de la loi ASSI, « *Des délais de paiement peuvent être accordés uniquement sur la base d'une demande motivée et appuyée par toute pièce utile permettant d'en apprécier le bien-fondé* ».

Le Docteur A. et la SPRL B. sollicitent l'octroi de termes et délais à concurrence de 5.000 € par mois.

La Chambre de première instance considère qu'il n'y a pas lieu de faire droit à cette demande, vu le montant en récupération (plus de 500.000 €) et l'absence totale de pièces justificatives à l'appui de cette demande.

Le Docteur A. et la SPRL B. sont donc invités à se mettre en relation avec le SECM pour discuter d'un éventuel plan d'apurement.

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

Statuant contradictoirement,

Déclare la demande du SECM à l'égard du Docteur A. recevable et fondée dans la mesure déterminée ci-après ;

Dit pour droit que les éléments matériels constitutifs de l'infraction à l'article 73bis, 1° de la loi ASSI sont établis dans le chef du Docteur A. :

Par conséquent,

- Condamne le Docteur A. et la SPRL B. au remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé, soit la somme totale de **302.654,84 €** ;
- Condamne le Docteur A. au paiement d'une **amende administrative s'élevant à 150 %** du montant de la valeur des prestations indues, cette amende étant **assortie d'un sursis pour la moitié, soit une amende effective d'un montant de 226.991,13 €** ;
- Dit qu'à défaut de paiement des sommes dues par le Docteur A. dans les 30 jours de la notification de la décision de la Chambre de première instance, des intérêts au taux légal en matière sociale, tel que prévu à l'article 156, §1^{er} de la loi ASSI seront dus de plein droit, à compter de l'expiration du délai précité.

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, Docteurs Olivia GEMBALA et Georges DESQUIENS, Christiane JACQUEMAIN et Daniel LECLERCQ, membres, assistés de Madame Dominique HONVAULT, greffière.

Et prononcée à l'audience du 3 juin 2022 par Madame Pascale BERNARD, Présidente, assistée de Madame Dominique HONVAULT, greffière.

Dominique HONVAULT
Greffière

Pascale BERNARD
Présidente