

DECISION DE LA CHAMBRE DE PREMIERE INSTANCE DU 11/09/2025

Numéro de rôle FA-018-23

EN CAUSE DE : **SERVICE D'EVALUATION ET DE CONTRÔLE MEDICAUX**,
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 D., médecin-inspecteur, et par Madame
E., juriste.

CONTRE : **A.**
médecin généraliste agréé + titulaire d'attestation ECG
N° INAMI : ...

B. S.R.L.
N° BCE : ...

Comparaissant en personne et assisté de Maître F., avocate,
dont les bureaux sont situés ...

Et C. S.R.L.
N° BCE : ...

Représentée par le Docteur G.

I. PROCEDURE

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

- la requête du SECM reçue au greffe de la Chambre de Première Instance le 09.11.2023 et notifiée aux parties défenderesses le 10.11.2023 ;
- la note de synthèse et le dossier du SECM ;
- les conclusions de la SRL C., partie défenderesse ;
- les différentes convocations en vue de l'audience du 31.10.2024 et les avis de remises pour l'audience du 19.06.2025 ;

Les parties ont comparu à l'audience du 19.06.2025, audience à laquelle les débats ont été clos et le dossier pris en délibéré.

Il a été fait application de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 (ci-après loi ASSI) et de l'arrêté royal du 9 mai 2008 fixant les règles de fonctionnement et le règlement de procédure des chambres de première instance et de recours.

II. OBJET DE LA DEMANDE

En termes de requête, le SECM demande à la Chambre de première instance de :

- Déclarer établis les griefs formulés pour tous les cas cités dans la note de synthèse ;
- Condamner solidairement le Dr A. et les SRL B. et C. au remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé, soit la somme de 165.228,91 euros (article 142, §1er, 2°, de la loi SSI) et constater qu'à la date du 9 novembre 2023, un montant de 17.000 euros a déjà été remboursé;
- Condamner le Dr A. au paiement d'une amende administrative s'élevant à 150% du montant de la valeur des prestations indues au titre des prestations non effectuées, soit la somme de 42.880,11 euros (article 142, §1er, 1° de la loi SSI), dont un tiers assorti d'un sursis de 3 années, soit une sanction effective de 28.586,74 euros et une sanction avec sursis de 14.293,37 euros ;
- Condamner le Dr A. au paiement d'une amende administrative s'élevant à 100% du montant de la valeur des prestations indues au titre de prestations non conformes, soit la somme de 136.642,18 euros (article 142, §1er, 2° de la loi SSI), dont la moitié assortie d'un sursis de 3 années, soit une sanction effective de 68.321,09 euros et une sanction avec sursis de 68.321,09 euros ;
- Dire qu'à défaut de paiement des sommes dues 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 SSI, seront dus, de plein droit, à compter de l'expiration du délai précité.

III. SYNTHÈSE DES FAITS

Données personnelles et professionnelles

Le docteur A. a obtenu le diplôme de médecin en 1980 au ..., où il a travaillé quelques années. En 1988, il a bénéficié d'une bourse du gouvernement belge pour pouvoir suivre la formation en médecine interne en Belgique.

Durant 3 ans, il a exercé en qualité d'assistant en médecine interne générale, ensuite en pneumologie à l'... durant deux ans.

Il obtient le diplôme reconnu de docteur en médecine le 17/09/1998, avec une inscription à l'INAMI le 12/10/1998.

Le docteur A. est également porteur du brevet de médecine aiguë. Il a exercé au sein du service des urgences de l'... durant une dizaine d'années. Depuis 2010, il exerce à temps plein en qualité de généraliste, au début à ..., et dès 2019 au sein de la Polyclinique H. à

Le docteur A. exerce la médecine générale sans orientation particulière.

Il s'agit d'une patientèle d'adultes et d'enfants, majoritairement ...

Au moment des faits, il pratique dans un seul cabinet situé au sein de la Polyclinique H., rue ... à ..., loué à la SRL B.

Le docteur A. déclare tenir ses consultations au cabinet du lundi au vendredi de 10 à 12 heures sans rendez-vous et de 14 à 19 heures sur rendez-vous. Il se déplace pour les visites entre 20 et 22 heures, voire dès 18 heures s'il a peu de rendez-vous l'après-midi.

La Polyclinique H. dispose d'un secrétariat à l'accueil, d'une salle d'attente et de plusieurs cabinets de consultation répartis sur deux étages. Le dispensateur concerné dispose d'un cabinet de consultation comprenant un bureau équipé d'un ordinateur avec une imprimante, d'une table d'examen, d'un appareil E.C.G. et d'un spiromètre.

Les dossiers médicaux sont informatisés. Les rapports des examens de spirométrie ainsi que les tracés et protocoles E.C.G. sont classés sous format papier.

Le secrétariat de la polyclinique se charge de l'accueil des patients et de la facturation des prestations en tiers payant via le circuit papier. Ce secrétariat complète les attestations de soins donnés (A.S.D.) sur base d'un modèle complété par le dispensateur au terme de la consultation. Le docteur A. signe les A.S.D. et le secrétariat transmet les documents aux différents organismes assureurs (O.A.).

Le dispensateur pratique en solo mais déclare bénéficier de l'aide d'un étudiant pour les actes techniques (spirométrie et E.C.G.) et pour l'informatique.

Selon les déclarations du dispensateur, il n'y a pas d'agenda.

Les patients appellent le secrétariat du centre médical joignable la semaine entre 9 et 19 heures ou appellent directement le dispensateur sur son portable. Le docteur A. déclare être joignable de 8 à 22 heures 7 jours sur 7.

Le docteur A. déclare ne pas avoir bénéficié de congés depuis 2019. Suite aux mesures sanitaires relatives à la pandémie COVID-19, la polyclinique a accueilli les assurés moyennant la prise de rendez-vous préalable et le dispensateur déclare avoir poursuivi ses visites en déplacement durant la période pandémique.

Le docteur A. déclare ne plus effectuer de garde depuis 2017 au moins.

A l'exception des quelques patients bénéficiaires du régime des Communautés européennes ou d'un régime d'assurance privée, tous les assurés bénéficient de la facturation en tiers payant. Il s'agit soit de la facturation en circuit tiers payant papier opérée par le secrétariat de la polyclinique H. avec perception pour le compte de la société « C. S.R.L. », soit de la facturation par le circuit électronique 'eFact' opérée par le docteur A. pour le compte de la société « B. S.R.L. ». Dans le premier cas du circuit en tiers payant papier, la société « C. S.R.L. » reverse une partie des honoraires à la société « B. S.R.L. ».

Profils

Les profils des 6 années comptables couvrant la période 2016-2021 indiquent que le docteur A. occupe remarquablement le rang 1 de 2016 à 2021 quant au volume attesté pour la prestation 288050. Concernant la prestation 353231, le dispensateur qui occupe le rang 11 en 2016 et le rang 10 en 2017, monte progressivement pour culminer au rang 3 en 2020 et 2021. Il est remarquable que le montant remboursé pour ces deux seules prestations 288050 et 353231 atteint 15% de l'ensemble des remboursements pour l'année 2020 et 16,5% en 2021.

La proportion des prestations urgentes atteint un niveau remarquable pour un généraliste ... qui exerce en solo au sein d'une polyclinique extrahospitalière.

Par année comptable, 36% des 1.943 consultations en 2017 et 31% des 3.117 consultations en 2021 sont assorties d'une majoration pour des soins urgents. 97% des 635 visites en 2017 et 99% des 653 visites en 2021 sont attestées par un code d'urgence.

Le nombre de jours travaillés par an est stable entre 2017 et 2021 et remarquablement important alors que le nombre de prestations augmente de 40% passant de 4.469 en 2017 à 6.253 en 2021.

Antécédents relatifs à la législation ASSI

Néant.

IV. GRIEFS

Griefs 1 et 2 : Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer des documents réglementaires permettant le remboursement des prestations de santé lorsque les prestations n'ont pas été effectuées.

Infraction visée à l'art 73bis, 1° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

Indu : 28.575,87 euros + 10,87 euros = 28.586,74 euros.

Grief 3 : Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer les documents réglementaires visés dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 ou ses arrêtés d'exécution lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans la présente loi, dans ses arrêtés et règlements d'exécution, dans les conventions et accords conclus en vertu de cette même loi.

Infraction visée à l'art 73bis, 2° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

Il s'agit de 2.464 prestations 101076 non conformes car elles ne correspondent pas à la définition réglementaire de « consultation » mais à celle d'« avis » (prestation 109012). Les prestations reprochées sont de valeur supérieure aux prestations conformes à la réglementation.

Indu différentiel : 49.188,28 euros

Grief 4 : Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer les documents réglementaires visés dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 ou ses arrêtés d'exécution lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans la présente loi, dans ses arrêtés et règlements d'exécution, dans les conventions et accords conclus en vertu de cette même loi.

Infraction visée à l'art 73bis, 2° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

Il s'agit de 374 prestations 353231 (ablation ou destruction de tumeurs superficielles) non conformes car elles ne correspondent pas à la définition réglementaire de la Nomenclature.

Indu : 12.082,97 €.

Grief 5 : Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer les documents réglementaires visés dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 ou ses arrêtés d'exécution lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans la présente loi, dans ses arrêtés et règlements d'exécution, dans les conventions et accords conclus en vertu de cette même loi.

Infraction visée à l'art 73bis, 2° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

Il s'agit de 187 prestations 353231 non conformes car elles ne correspondent pas à la définition réglementaire d'« ablation ou destruction de tumeurs superficielles de toute nature de la peau ou des muqueuses ou de toutes autres lésions non traumatiques directement accessibles » mais à celle d'« incision d'un phlegmon superficiel » (prestation 145574). Les prestations reprochées sont de valeur supérieure aux prestations conformes à la réglementation.

Indu : 4.075,01 euros

Grief 6 : Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer les documents réglementaires visés dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 ou ses arrêtés d'exécution lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans la présente loi, dans ses arrêtés et règlements d'exécution, dans les conventions et accords conclus en vertu de cette même loi.

Infraction visée à l'art 73bis, 2° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

Il s'agit de 501 prestations 288050 (incision et drainage de panaris du doigt) non conformes car elles ne correspondent pas à la définition réglementaire de la Nomenclature.

Indu : 26.191,29 euros.

Grief 7 : Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer les documents réglementaires visés dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 ou ses arrêtés d'exécution lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans la présente loi, dans ses arrêtés et règlements d'exécution, dans les conventions et accords conclus en vertu de cette même loi.

Infraction visée à l'art 73bis, 2° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

Il s'agit de 400 prestations 102410 (majoration d'une consultation effectuée un samedi, un dimanche ou un jour férié entre 8 et 21 heures) et de 458 prestations 102432 (majoration d'une consultation effectuée entre 21 heures et 8 heures) non conformes parce que non urgentes et attestées en infraction à l'article 2, F,3. de la N.P.S.

Indu : 17.023,86 euros

Grief 8 : Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer les documents réglementaires visés dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 ou ses arrêtés d'exécution lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans la présente loi, dans ses arrêtés et règlements d'exécution, dans les conventions et accords conclus en vertu de cette même loi.

Infraction visée à l'art 73bis, 2° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

Il s'agit de 221 prestations 104215 (visites urgentes entre 18 et 21 heures), de 184 prestations 104230 (visites urgentes la nuit entre 21 et 8 heures) et de 427 prestations 104252 (visites urgentes le week-end ou un jour férié) non conformes parce que non urgentes et attestées à la place de prestations 103132 (visites).

Les prestations reprochées sont de valeur supérieure aux prestations conformes à la réglementation.

Indu : 18.471,84 euros

Grief 9 : Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer les documents réglementaires visés dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 ou ses arrêtés d'exécution lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans la présente loi, dans ses arrêtés et règlements d'exécution, dans les conventions et accords conclus en vertu de cette même loi.

Infraction visée à l'art 73bis, 2° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

Il s'agit de 289 prestations 101312, 101334, 103574 et 103596 (gestion du dossier médical global, ouverture et/ou prolongation du dossier) non conformes parce que ne satisfaisant pas aux conditions de l'article 2, B de la N.P.S.

Indu : 9.608,92 euros.

V. DECISION DE LA CPI

Griefs 1 et 2

Les faits sont établis par les déclarations du Docteur A. lors de ses auditions et par l'analyse des prestations attestées.

Lors de l'audience, le Docteur A. maintient avoir effectué les prestations litigieuses mais reconnaît ne pouvoir en apporter la preuve.

Griefs 3 à 9

Ces griefs visent des prestations non conformes.

La preuve des griefs résulte des déclarations du Docteur A. et de l'analyse des prestations attestées.

Les faits ne sont pas contestés.

Aucun des griefs n'étant contesté, la CPI n'analyse pas les dispositions de la NPS applicables.

VI. LA DEMANDE DE TITRE EXÉCUTOIRE

Le SECM introduit une demande de récupération tendant à la condamnation solidaire du Dr A. et des SRL B. et C. au remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé, soit la somme de 165.228,91 euros (article 142, §1er, 2°, de la loi SSI) et dont à déduire un montant de 17.000 euros déjà été remboursé le 09.11.2023 (article 142, §1er, 2°, de la loi SSI).

Les griefs étant établis, il convient de faire droit à cette demande mais uniquement à l'égard du Docteur A. et de la SRL B.

Le SECM renonce à toute demande de condamnation à l'égard de la SRL C. qui sera mise hors cause.

VII. LES INTÉRÊTS

L'article 156, §1er alinéa 2 de la loi SSI (tel que modifié par l'article 26, 1°, de la loi du 17 juillet 2015 portant des dispositions diverses en matière de santé, M.B. du 17 août 2015) dispose que :

« § 1er. Les décisions du fonctionnaire dirigeant du Service d'évaluation et de contrôle médicaux ou du fonctionnaire désigné par lui, visées à l'article 143, les décisions des Chambres de première instance visées à l'article 142, et les décisions des Chambres de recours, visées aux articles 142 et 155, sont exécutoires de plein droit par provision, nonobstant tout recours. 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. Les sommes dues sont payées dans les trente jours de la notification des décisions visées à l'alinéa 1er. A défaut de paiement dans ce délai, les sommes restant dues produisent, de plein droit, des intérêts au taux d'intérêt 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 ».

VIII. L'AMENDE ADMINISTRATIVE

Le SECM estime nécessaire de prononcer une amende administrative à charge du Docteur A. s'élevant à 150% du montant de la valeur des prestations indues au titre des prestations non effectuées, soit la somme de 42.880,11 euros (article 142, §1er, 1° de la loi SSI), dont un tiers assorti d'un sursis de 3 années, soit une sanction effective de 28.586,74 euros et une sanction avec sursis de 14.293,37 euros ;

Et 100% du montant de la valeur des prestations indues au titre de prestations non conformes, soit la somme de 136.642,18 euros (article 142, §1er, 2° de la loi SSI), dont la moitié assortie d'un sursis de 3 années, soit une sanction effective de 68.321,09 euros et une sanction avec sursis de 68.321,09 euros.

La demande du SECM est motivée comme suit :

« En effet, concernant l'attestation de prestations non conformes, le législateur a encadré de manière très précise les possibilités d'attester des consultations, afin d'éviter les abus qui pourraient découler d'une appréciation souple et extensive des conditions fixées par la Nomenclature.

Les règles de la Nomenclature des prestations de santé sont de stricte interprétation et doivent être appliquées rigoureusement (Cass. 20/11/2017, C.15.0213.N) car les dispensateurs de soins collaborent à un service public, ce qui repose sur un rapport de confiance notamment entre l'INAMI, les organismes assureurs et les dispensateurs de soins.

Le respect des conditions posées par la nomenclature concernant les conditions à respecter pour pouvoir attester une consultation est un des fondements de ce rapport de confiance, puisque ces normes sont clairement et expressément énoncées dans la réglementation.

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

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

Dans ces conditions, au regard de ces éléments, mais aussi de l'expérience du Dr A. (il est diplômé depuis 1980 et il travaille en Belgique depuis 1988), de la durée de la période infractionnelle (28 mois suivant les dates de réception à l'organisme assureur), du montant de l'indu (165.228,91 euros) et du nombre de prestations reprochées (6.738 prestations), le SECM demande qu'il soit infligé au Docteur A. :

-au titre des prestations non effectuées (griefs 1 et 2) une amende administrative qui soit portée à un montant de 150% du montant de la valeur des prestations à rembourser, soit une amende d'un montant de 42.880,11 euros ;

-au titre de prestations non conformes (griefs 3 à 9), une amende administrative qui soit portée à un montant de 100% du montant de la valeur des prestations à rembourser, soit une amende d'un montant de 136.642,18 euros.

L'article 157, §1er, de la loi SSI prévoit que « le Fonctionnaire-dirigeant ou le fonctionnaire désigné par lui, la Chambre de première instance ou la Chambre de recours peut décider qu'il sera sursis, en tout ou en partie, à l'exécution des décisions infligeant les amendes visées à l'article 142. ».

Il convient de tenir compte, non seulement des éléments rappelés ci-dessus, mais aussi de l'absence d'antécédent dans le chef de l'intéressé et du remboursement partiel de l'indu.

Cela justifie que les amendes administratives soient assorties d'un sursis de trois ans :

- pour les griefs 1 et 2, à hauteur d'un tiers de l'amende, soit une amende effective de 28.586,74 euros et une amende avec sursis de 14.293,37 euros

- pour les griefs 3 à 9, à hauteur de la moitié de l'amende, soit une amende effective de 68.321,09 euros et une amende avec sursis de 68.321,09 euros.

La sanction effective rappellera à l'intéressé l'importance de la faute commise, et celle avec sursis l'incitera à rectifier, pour l'avenir, sa pratique dans un sens conforme à la réglementation et aux exigences de son art. »

Le Docteur A. sollicite un sursis total.

Il fait valoir, à l'appui de sa demande, sa bonne foi et l'absence d'intention de frauder, les griefs étant reconnus mais non réalisés volontairement.

Il est âgé de 75 ans, pensionné depuis 2023 et bénéficie d'une pension de retraite de +/-800€ par mois.

Certes, il exerce toujours son activité à titre accessoire. Le risque de récidive est limité.

Il est peut-être temps, pour le Docteur A. de cesser définitivement son activité, en raison de la complexité de la NPS, complexité qu'il n'apprivoise pas correctement.

Par ailleurs, le remboursement de l'indu constituera une sanction effective et efficace.

Pour ces motifs, un sursis total lui est octroyé.

PAR CES MOTIFS

LA CHAMBRE DE PREMIERE INSTANCE,

Statuant contradictoirement à l'égard du SECM, du Dr A. et des SRL B. et C.

- **Met hors cause** la SRL C.
- **Déclare** la demande du SECM recevable et fondée à l'égard du Dr A. et de la SRL B.

En conséquence,

- **Déclare** les griefs établis et ce faisant ;
- **Condamne** solidairement le Dr A. et la SRL B. au remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé, soit la somme de 165.228,91 euros (article 142, §1er, 2°, de la loi SSI) sous déduction de la somme de 17.000€ (décompte arrêté au 09.11.2023) ;
- **Condamne** le Dr A. au paiement d'une amende administrative s'élevant à 150% du montant de la valeur des prestations indues au titre des prestations non effectuées, soit la somme de 42.880,11 euros (article 142, §1er, 1° de la loi SSI) ;
- **Condamne** le Dr A. au paiement d'une amende administrative s'élevant à 100% du montant de la valeur des prestations indues au titre de prestations non conformes, soit la somme de 136.642,18 euros (article 142, §1er, 2° de la loi SSI) ;
- **Dit** qu'à défaut de paiement des sommes dues 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 SSI, seront dus, de plein droit, à compter de l'expiration du délai précité ;
- **Octroie** un sursis de 3 ans pour la totalité des amendes administratives.

La présente décision est prise par la Chambre de première instance, composée de Madame GUIDET Corinne, Présidente, des Docteurs Thibaut DUJARDIN et HOFFREUMON Pierre, membres.

Et prononcée en audience publique du 11 septembre 2025 par Madame GUIDET Corinne, Présidente, assistée de Madame METENS Caroline, greffière.

METENS Caroline
Greffière

GUIDET Corinne
Présidente