

EN CAUSE DE : **Madame A.**

Médecin - médecin de médecine générale "gradué"  
comparaissant en personne et assistée de Me B. loco Me C.

Appelante.

CONTRE : **SERVICE D'ÉVALUATION ET DE CONTRÔLE MÉDICAUX**,  
institué au sein de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité,  
établi à 1150 Bruxelles, avenue de Tervueren, 211 ;

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

Intimé.

I. Faits et rétroactes

1.

Mme A. est docteur en médecine diplômée de l'ULB. Elle exerce en qualité de médecin généraliste à son cabinet privé et en visites à domicile.

Elle a fait l'objet d'une enquête par le Service à la suite d'une analyse de son profil d'activité ayant révélé une augmentation importante en montants et en nombre d'actes en 2010 après un fléchissement en 2009, ce dans le cadre des visites et visites spéciales uniquement.

A l'issue de l'enquête qu'il a diligentée, le Service a libellé deux griefs à charge de l'intéressée, soit :

1/ 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 ou ses arrêtés d'exécution pour des prestations qui n'ont pas été effectuées ou fournies,

2/ 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 pour des prestations qui 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 (grief de non-conformité).

Les sommes indûment perçues par Mme A. calculées par le Service s'élèvent à 28 939,76 euros pour le premier grief et à 5 764,45 euros pour le second grief, soit un total de 34 704,21 euros.

Mme A. a procédé à un remboursement partiel d'un montant de 14 005,57 euros.

2.

Agissant en vertu de l'article 143 §§ 1, 2 et 3, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, le Fonctionnaire-Dirigeant prit le 19 décembre 2012 la décision de

- déclarer les griefs établis,
- condamner Mme A. à rembourser le solde de la valeur des prestations indues s'élevant à 20 698,64 euros,
- infliger à Mme A. une amende administrative fixée à 200% du montant de la valeur des prestations non effectuées, soit 57 879,52 euros, dont 75 % assortis d'un sursis de trois ans, soit 21 704,82 euros,
- infliger à Mme A. une amende administrative fixée à 150% du montant de la valeur des prestations non conformes, soit 8646,67 euros, dont 25% assortis d'un sursis de trois ans, soit 1441,11 euros.

3.

Sur recours de Mme A., la chambre de 1<sup>ère</sup> instance a confirmé cette décision en ce qui concerne la réalité des griefs et le montant indûment perçu et l'a réformée concernant les amendes administratives ; elle a condamné Mme A. au paiement d'une amende administrative égale à 250 euros multipliée par les décimes additionnels (X 5,5), soit la somme de 1375 euros.

Cette décision a été notifiée le 24 avril 2014.

## II. L'appel

Par requête du 27 mai 2014, reçue le 2 juin 2014, Mme A. a interjeté appel contre cette décision.

L'appelante développe les moyens suivants :

- concernant le 1<sup>er</sup> grief, elle rappelle qu'elle a subi le vol de ses carnets d'attestations, pour lequel elle a déposé plainte, que sa déclaration et ce dépôt de plainte sont au moins aussi crédibles que les déclarations de patients, que la circonstance que cette plainte a été déclarée sans suite n'a pas pour effet de faire déclarer inexistant le vol, qu'aucun enseignement sur la crédibilité du vol ne peut être tiré de ce qu'il serait intervenu au moment où cinq patients étaient auditionnés par les inspecteurs du Service d'évaluation et de contrôle de l'INAMI ;

- concernant le second grief, elle conteste le calcul d'indu, celui-ci reposant selon elle sur des bases non objectives et sur la méthode de l'extrapolation écartée par le Conseil d'Etat ; elle conteste également la prise en considération de deux cas sur base de pièces qu'elle dépose (cas de Madame F. et de Monsieur G.) ;
- concernant l'amende administrative, elle sollicite sa réduction au montant minimum et l'octroi d'un sursis ;
- elle sollicite l'octroi de termes et délais sur pied de sa situation financière à propos de laquelle des documents seront déposés.

### III. Recevabilité

Suivant l'article 156, § 3, de la loi coordonnée du 4 juillet 1994, l'appel doit être introduit dans le délai d'un mois à dater de la notification de la décision dont appel, le délai prenant cours le premier jour ouvrable qui suit celui où le pli recommandé avec accusé de réception a été présenté au domicile du destinataire.

*In casu*, la requête d'appel a été envoyée le 27 mai 2014 après avoir été réceptionnée le 29 avril 2014 (cfr requête d'appel) ; le cachet dateur de la poste signalant l'envoi recommandé est daté du jeudi 24 avril 2014, de telle sorte qu'il est permis de considérer que la présentation au domicile a eu lieu au plus tôt le vendredi 25 avril 2014.

L'appel est donc recevable.

### IV. Fondement

#### *Sur les griefs*

1.

En ce qui concerne le premier grief, la chambre de recours confirme les excellents motifs de la décision prise par la chambre de 1<sup>ère</sup> Instance.

Elle ajoute cependant les éléments suivants :

- Mme A. a contesté ce grief pour les cas n° 1, 4, 5, 6, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 17 et 21 repris à la note de synthèse du Service. Or, pour tous ces cas Mme A. a admis n'avoir jamais soigné les assurés et invoque le vol de carnets d'attestations ;
- La chambre de recours ne considère pas crédible l'explication fournie par Mme A. ; en effet :
  - le vol des attestations n'a été déclaré à la police qu'en date du 10 août 2011 alors que deux PV de constat étaient déjà dressés, les 15 juin 2011 et 7 juillet 2011 et notifiés à l'intéressée et que celle-ci avait fait l'objet d'une

audition en date du 8 août 2011 ; or, les attestations de soins donnés litigieuses portent sur une période qui s'étend du 5 janvier 2009 (voir cas n° 1) au 4 mai 2011 (cas n° 6) ; elles se répartissent sur l'ensemble des années 2009 et 2010 et sur l'année 2011 partiellement ; ceci signifie qu'à suivre Mme A., il lui aurait fallu plus de deux années et demi pour se rendre compte qu'on lui avait volé des carnets d'attestations de soins ; rappelons à cet égard que les attestations de soins constituent un élément capital du régime de l'assurance soins de santé et que leur bonne gestion engage notamment la responsabilité fiscale du médecin ;

- si certes le classement sans suite de la plainte ne correspond pas techniquement à un constat d'absence d'infraction, force est de considérer qu'il n'établit pas non plus que la plainte était fondée, le motif de classement étant *in casu* l'absence de charges suffisantes ; s'agissant du vol de 17 carnets d'attestations de soins à un médecin, avec un impact potentiel de trafic d'attestations ayant des répercussions sur le budget de la sécurité sociale, ce qui constituerait une fraude caractérisée à la sécurité sociale en plus d'une soustraction frauduleuse, il ne fait aucun doute que des poursuites auraient été engagées par le parquet si les faits dont Mme A. s'était plainte avaient pu être objectivés ; la chambre de recours note à cet égard que Mme A. ne dépose ni le document par lequel elle a déposé plainte, ni le PV de son audition par les services de police actant sa plainte, ni d'ailleurs la copie du dossier répressif classé sans suite qu'elle aurait pu se procurer ;
- Mme A. ne reconnaît pas son écriture sur 8 des 10 attestations de soins litigieuses qui lui ont été présentées, mais cette écriture est identifiée sur deux des attestations présentées (voir cas n° 5 et cas n° 6), étant entendu que les 317 attestations litigieuses ne lui ont pas été présentées pour être soumises à identification ;
- Trois personnes entendues par le Service ont déclaré qu'il arrivait à Mme A. de leur remettre des « liasses » ou des « blocs » d'attestations en rémunération de divers services (PV d'audition E/...), ce que l'intéressée n'a pas contesté, ou en récapitulation rapide de soins donnés (PV d'audition E/... et PV d'audition E/...).

Le grief n° 1 doit être considéré établi dans son intégralité, c'est-à-dire au-delà de ce que Mme A. a reconnu.

2.

En ce qui concerne le second grief, il convient de rappeler que Mme A. a accepté de rembourser l'indu relatif à la délivrance d'attestations pour des prestations non conformes à l'exception de 71 prestations attestées au bénéfice des cas n° 2 et n° 20 et représentant un indu de 970,41 euros (voir note de synthèse du Service pp. 19/81 et 20/81). Or,

- en ce qui concerne le cas n° 2, portant sur des prestations effectuées et attestées dans les documents introduits auprès de la mutualité neutre 2.. et de la mutualité socialiste 3.. (voir note de synthèse du Service p. 27/81), Mme A. ne développe aucun moyen justifiant le motif pour lequel elle n'a pas réservé suite à la demande de remboursement de l'indu,
- en ce qui concerne le cas n° 20, il en est de même (voir note de synthèse du Service p. 80/81).

Devant la chambre de 1<sup>ère</sup> instance et devant la présente chambre, Mme A. a toutefois contesté ce grief en ce qu'il porte sur les prestations réalisées pour d'autres cas, soit les cas n° 9, n° 18, n° 19.

Or il ressort de la note de synthèse du Service que Mme A. a remboursé pour ces cas l'indu calculé par le Service (voir note de synthèse pp.20/81,70/81,76/81et 79/81).

Pour ce motif, la décision du Fonctionnaire-Dirigeant qui a été contestée par Mme A. et qui condamne celle-ci à rembourser le solde de la valeur des prestations indues ne concerne pas ces cas.

Dès lors la contestation émise dans le cadre de la procédure dirigée contre cette décision n'est pas recevable en ce qu'elle vise la condamnation au solde de l'indu afférent au grief n° 2 sur base des constats posés dans les cas n° 9, 18 et 19.

La présente chambre fait observer qu'aucune demande incidente portant sur le grief reconnu et visant à la récupération de sommes qui auraient été indûment remboursées par Mme A. n'est introduite.

Ce n'est donc que très subsidiairement qu'il convient d'aborder le bien-fondé de cette contestation, en constatant que :

- pour ce qui concerne le cas n° 9 (Madame H.), le Service se fonde sur la propre déclaration de Mme A. pour retenir que les visites de cette patiente se faisaient à son cabinet et non en déplacement comme elles ont été attestées ; Mme A. conteste pour ce cas la méthode utilisée par le Service pour calculer la moyenne des prestations effectuées au bénéfice de la patiente ; or sur base d'éléments que la chambre de recours estime fiables (auditions du précédent médecin émanant d'une Maison médicale, de la maman et du papa), il a pu être établi que la fréquence des contacts médicaux de l'enfant avec le docteur A. a été comparable à la fréquence des contacts médicaux pendant la période antérieure où cet enfant était suivie en Maison médicale ;
- pour ce qui concerne le cas n° 18 (Madame F.), Mme A. conteste que les prestations de visites ordinaires soient requalifiées en consultations de cabinet et produit à l'appui de cette contestation une attestation du docteur I. suivant laquelle le docteur A. est très souvent venue rendre visite à cette patiente lorsqu'elle était hospitalisée ; or cette attestation n'est pas suffisamment précise

(dates d'hospitalisations, nombre de visites) ; il en est de même de l'attestation émanée de la fille de la patiente ;

- pour ce qui concerne le cas n° 19 (Monsieur G.), la chambre se réfère aux excellents motifs de la chambre de 1<sup>ère</sup> Instance suivant lesquels la déclaration du patient est suffisamment précise et ne permet pas de mettre en évidence des troubles de la mémoire et que n'énervent pas les documents déposés par Mme A. ; on note à cet égard que le sieur G. déclare avoir fréquenté l'hôpital de ... pour la dernière fois le 15 février 2008, soit plus de trois années avant l'audition, et que le docteur J. signale l'avoir vu en hospitalisation mais ne précise pas depuis quand il ne l'a plus vu.

L'appelante conteste au surplus l'usage de la méthode d'extrapolation utilisée par le Service à l'encontre de la jurisprudence du Conseil d'Etat.

Il convient de rappeler sur ce point que le Conseil d'Etat a décidé dans l'arrêt du 7 mai 2013<sup>1</sup> que *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.*

Le Conseil d'Etat a dès lors rejeté la méthode consistant à considérer qu'une situation infractionnelle dûment constatée pour quelques cas (patients) doit être étendue à des dizaines d'autres cas pour lesquels les constatations n'ont pas été faites.

Dans le cas présent cette méthode n'a pas été utilisée puisque le Service s'est focalisé sur les prestations accomplies au bénéfice de quelques patients uniquement.

3.

Il résulte de ce qui précède que la décision entreprise doit être confirmée en ce qu'elle confirme la décision du Fonctionnaire-Dirigeant qui condamne Mme A. à rembourser le solde de la valeur des prestations s'élevant à 20 698,64 euros.

*Sur la sanction*

1.

La décision du Fonctionnaire-Dirigeant inflige des sanctions administratives relatives aux griefs commis dans leur globalité ; la décision n'est pas limitée à la partie des griefs non reconnus par Mme A.

---

<sup>1</sup> Arrêt n° 223 425 du 7 mai 2003

2.

La Chambre de 1<sup>ère</sup> Instance a appliqué le régime de sanction prévu dans le Code pénal social, ce qui est correct et n'est pas contesté.

3.

La Chambre de 1<sup>ère</sup> Instance a appliqué l'article 113 al. 2 du Code pénal social, considérant que les deux comportements infractionnels (prestations non effectuées et prestations non conformes) relèvent d'une même intention délictueuse, ce que conteste le Service qui introduit sans l'exprimer formellement un appel incident sur cette question.

Le Service estime que le grief de prestations non effectuées ne procède pas de la même intention que celui de prestations non conformes vu que d'un côté des prestations ont été attestées alors qu'elles n'ont pas été effectuées alors que d'un autre côté des prestations, effectivement réalisées, ont été attestées sur base d'un code erroné.

S'agissant d'apprécier l'intention frauduleuse d'un dispensateur de soins, il n'est pas envisageable de tirer une règle générale de la réalité différente des griefs mis à sa charge.

Dans le cas d'espèce, il apparaît à la Chambre de recours que les deux griefs procèdent d'une même distanciation de l'appelante à l'égard des règles applicables à un dispensateur de soins dans le cadre du régime de l'assurance soins de santé.

Il y aura donc lieu à une seule sanction administrative.

4.

En ce qui concerne la hauteur de la sanction et un éventuel sursis, la Chambre de recours confirme la décision entreprise.

Il faut noter en effet que le comportement de Mme A. est très grave et touche au fondement même du système de l'assurance soins de santé, spécifiquement lorsqu'elle a utilisé des attestations de soins, qui n'ont pas été fournis, en guise de rémunération pour les prestations de sa femme de ménage.

Ceci justifie que la sanction soit fixée à sa hauteur maximale.

Par ailleurs l'intéressée présente des antécédents relatifs à des griefs de prestations non effectuées et de prestations non conformes ayant donné lieu à des décisions prises en 2003, 2008 et 2010.

Enfin, Madame A. écrit dans ses conclusions qu'elle est désormais pensionnée. L'octroi d'un sursis permettant d'échapper à l'exécution d'une sanction pendant un temps d'épreuve déterminé n'a dès lors aucun sens puisqu'aucune prestation susceptible de

conduire à une nouvelle situation infractionnelle n'interviendra après le prononcé de la présente décision.

Ceci justifie qu'elle ne puisse bénéficier du sursis.

*Sur les termes et délais sollicités*

Mme A. sollicite l'autorisation de pouvoir s'acquitter des sommes dues à raison de 100 euros par mois.

Cette proposition porte, en d'autres termes, sur le remboursement de l'indu pendant une période supérieure à 17 années.

Cela n'est pas acceptable.

La demande doit être rejetée.

Par ces motifs,

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

Composée de Monsieur Frédéric KURZ, Président, des Docteurs Sophie CARLIER, Francine PROFILI, Jean-Pierre PENNEC et Luc HERRY, assistés de Madame Dominique HONVAULT, greffier.

Après en avoir délibéré et statuant contradictoirement,

Les Docteurs Sophie CARLIER, Francine PROFILI, Jean-Pierre PENNEC et Luc HERRY ayant rendu leur avis sans prendre part à la décision,

Dit l'appel recevable et non fondé,

En déboute l'appelante,

Confirme la décision entreprise dans toutes ses dispositions.

Ainsi prononcé à Bruxelles en langue française et en audience publique de la Chambre de recours le 26 octobre 2015 par Monsieur KURZ Frédéric, Président, assisté de Madame HONVAULT Dominique, greffier.

Dominique HONVAULT  
Greffier

Frédéric KURZ  
Président