

**DECISION DE LA CHAMBRE DE RECOURS DU 21 OCTOBRE 2021**

**Numéro de rôle FB-010-18**

EN CAUSE DE : Monsieur A.

médecin spécialiste en radiodiagnostic

Partie appelante, ci-après dénommée l'appelant,

Comparaissant en personne et assisté de Maître B., avocat

CONTRE : L'INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE INVALIDITE,  
SERVICE D'EVALUATION ET DE CONTRÔLE MEDICAUX, dont les  
bureaux sont établis 1210 Bruxelles, avenue Galilée 5/01,  
N° BCE : 0206.653.946 ;

Partie intimée, ci-après dénommée l'intimé,

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

**I Les faits et les antécédents de la cause**

L'appelant, de nationalité belge, a obtenu son diplôme de docteur en médecine en 1984 et celui de spécialiste en radiodiagnostic en 1995.

Il a travaillé à l'étranger de 1996 à 2012, notamment en France.

Dans le cadre de ses activités en France, l'appelant a été condamné par un arrêt du 10 mars 2014 de la Cour d'appel de ... à une peine d'emprisonnement de 4 ans, dont la moitié avec sursis, au remboursement d'environ 1,7 million d'euros ainsi qu'à l'interdiction d'exercice de la profession. Il a notamment été reconnu coupable d'escroquerie (2006-2007) pour la facturation d'actes fictifs et la multiplication abusive d'actes sans nécessité médicale (2004-2007), de complicité d'exercice illégal de la profession de manipulateur d'électroradiologie médicale et d'emploi de salariés sans respecter les règles de prévention contre les rayons ionisants (2004-2007).

L'appelant a exercé ses activités professionnelles en Belgique, ..., à partir de 2013.

Il a fait l'objet d'une première enquête du service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI (ci-après dénommé le SECM) en 2014-2015. Cette enquête a conduit le SECM à retenir 3 griefs concernant des prestations portées en compte à l'assurance obligatoire alors que celles-ci étaient non-conformes à la réglementation en vigueur, et ce à concurrence d'un indu de 107.509,79 € sur une période de prestations d'un an allant du 1/11/2013 au 31/10/2014 :

-1<sup>er</sup> grief : prestations non prescrites, non justifiées dans le protocole et ne résultant pas d'une substitution ;

-2<sup>ème</sup> grief : prestations non conformes car soit la prescription est totalement inexistante, soit la prescription présente une date postérieure à celle des prestations, soit la prescription ne comprend ni signature ni identification du prescripteur ;

- 3<sup>ème</sup> grief : attestation de prestations de valeur supérieure aux prestations réellement effectuées ou aux examens proposés par le prescripteur, la substitution n'étant pas motivée dans le protocole.

A la suite de cette enquête, par une décision du 12 juillet 2018, la Chambre de première instance instituée auprès du SECM a condamné solidairement l'actuel appelant et la S.P.R.L. E. au remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé, soit la somme totale de 107.509,79 €. Elle a également condamné l'actuel appelant au paiement d'une amende administrative s'élevant à 150 % du montant de la valeur des prestations indues (161.264,69 €), dont 50 % assortie d'un sursis de 3 ans.

Cette décision a été confirmée par la chambre de recours le 5 décembre 2019.

Différents éléments pouvant constituer des indices de fraude autorisant, le cas échéant, une suspension des paiements dans le cadre du tiers payant ont amené l'intimé à ouvrir une nouvelle enquête et à inviter l'appelant, le 4 mars 2019, à présenter ses moyens de défense conformément à l'article 77 sexies, alinéa 4, de la loi coordonnée. Ces éléments, repris dans la décision du fonctionnaire dirigeant du 11 avril 2019 sous le numéro 1.5, sont les suivants :

*« 1.5.1 Le Docteur A. a un profil en augmentation constante (annexe n°5), alors qu'il a été condamné par la Chambre de première instance entre autres pour avoir effectué un très grand nombre de prestations sans prescription.*

*Le Docteur A. passe de 316.105 € de remboursement de la part des Organismes Assureurs (O.A.) en 2014 à 529.507 € en 2017.*

*Pour le 1<sup>er</sup> semestre de 2018, les remboursements des organismes assureurs sont de 270.997 €.*

*1.5.2. De plus, l'analyse de ses données de facturation transmises par les O.A. met en évidence une multiplicité d'actes techniques pour de nombreux patients.*

*Le SECM avait déjà constaté, lors de son enquête précédente, que le Docteur A. scindait l'ensemble des prestations faites sur un jour sur deux protocoles avec deux dates différentes dans le but de pouvoir facturer différentes prestations non cumulables le même jour, ainsi que pour facturer deux fois un forfait ou un honoraire de consultation.*

*Concernant sa facturation du code de consultation en imagerie (code 460670), en 2014, il était le 74<sup>ème</sup> attestataire en Belgique, avec 2607 prestations représentant un remboursement de 51.842 €*

*En 2017, il est le 10<sup>ème</sup> attestataire en Belgique pour ce code de consultation, avec 5975 prestations représentant un remboursement de 118.401 €.*

*Pour le 1<sup>er</sup> semestre de 2018, il est le 10<sup>ème</sup> attestataire en Belgique pour ce code de consultation, avec 2.997 prestations représentant un remboursement de 58.932,80 €.*

Concernant sa facturation du code d'honoraire forfaitaire pour les prestations techniques d'imagerie (code 460972) en 2014, il était le 413<sup>ème</sup> attestataire en Belgique, avec 2.842 prestations représentant un remboursement de 35.860 €.

En 2017, il est le 112<sup>ème</sup> attestataire en Belgique pour ce code d'honoraire forfaitaire, avec 4.374 prestations représentant un remboursement de 54.460 €.

Pour le 1<sup>er</sup> semestre de 2018, il est 102<sup>ème</sup> attestataire en Belgique pour ce code d'honoraire forfaitaire, avec 2.237 prestations représentant un remboursement de 28.111€.

Cette augmentation du nombre des codes de consultance et d'honoraires forfaitaires paraît indiquer que le Docteur A. n'a pas modifié sa manière d'attester depuis la précédente enquête du SECM, en raison de l'absence de diminution de l'utilisation de ces codes.

**1.5.3.** En analysant les données 2016-2017, il est permis d'observer que le Docteur A. continue de réaliser les radiographies des structures osseuses adjacentes à celles prescrites tout comme dans l'enquête précédente.

En effet, le code de prestation 455394 (radiographie de la colonne cervicale, y compris éventuellement la charnière occipito-cervicale minimum 3 clichés) est associé pour un même patient, le même jour au code 455416 (radiographie de la colonne dorsale, minimum 3 clichés) ou 455475 (radiographie de la colonne lombaire, y compris éventuellement l'articulation sacro-iliaque, minimum 3 clichés) ou 455276 (radiographie du bassin, au minimum un cliché du bassin de face dans son ensemble) dans 47,96 % des cas (soit 400 sur 834).

Ceci peut expliquer les hauts percentiles que présente le Docteur A. pour ces prestations. En 2017, par exemple, pour les prestations 455394 et 455416, le Docteur A. se trouve au dessus du percentile 99. Pour la prestation 455394, il est le 8<sup>ème</sup> attestataire en Belgique et pour la prestation 455416, il est le 10<sup>ème</sup> attestataire en Belgique.

Ces associations se retrouvent également dans les données de 2018 reçues de deux organismes assureurs (OA) : le code 455394 est associé pour un même patient, le même jour au code 455416 ou 455475 ou 455276 dans 51,96 % des cas (soit 53 cas sur 102).

Pour le 1<sup>er</sup> semestre de 2018, pour les prestations 455394 et 455416, le Docteur A. se trouve toujours au dessus du percentile 99 et progresse dans sa place comme attestataire. Pour la prestation 455394, il est le 6<sup>ème</sup> attestataire en Belgique et pour la prestation 455416, il est le 8<sup>ème</sup> attestataire en Belgique.

**1.5.4.** En outre, le code de prestation 459712 (examen abdominal total (foie, vésicule biliaire, rate, pancréas, reins ou surrénales, rétropéritone) avec au minimum huit coupes différentes documentées, y compris l'usage éventuel de technique doppler) est associé pour un même patient, le même jour à un code 451010 (radiographie de l'abdomen et/ou de la région vésiculaire pour examen direct, sans manipulation, ni moyens de contraste, quel que soit le nombre de clichés) dans 87,64 % des cas (soit 702 cas sur 801).

Dans les données 2018 de deux OA, cette association se retrouve également dans 76,83 % des cas (soit 63 cas sur 82) ».

Après avoir rencontré les moyens de défense de l'appelant, le fonctionnaire dirigeant du SECM a, par sa décision du 11 avril 2019, déclaré qu'il existe des indices graves, précis et concordants de fraude et a ordonné à l'égard de l'appelant la suspension totale des paiements par les organismes assureurs dans le cadre du régime du tiers payant pour une durée de 12 mois.

L'appelant a d'abord introduit une demande en suspension en extrême urgence de cette décision devant le Conseil d'Etat. Celui-ci a rejeté la demande par un arrêt du 7 mai 2019.

L'appelant a ensuite déposé une requête au greffe de la Chambre de première instance le 13 mai 2019 afin de demander, d'une part, la suspension en référé de la décision du 11 avril 2019 et, d'autre part, l'annulation de cette même décision.

Statuant sur la première demande, la Chambre de première instance a décidé, le 4 juillet 2019, que la demande de suspension et les mesures avant-dire droit sollicitées à titre subsidiaire étaient recevables mais non fondées.

Par une seconde décision du 18 mai 2020, cette même chambre a déclaré la demande en annulation recevable mais non fondée, a dit qu'il n'y avait pas lieu de surseoir à statuer en ce qui concerne la demande de dédommagement du préjudice subi et a débouté l'actuel appelant de sa demande de condamnation de l'actuel intimé aux dépens.

Il convient encore de relever que trois procès-verbaux de constat d'infraction ont été dressés les 2 janvier, 1<sup>er</sup> mars et 30 mai 2020 à la suite de l'enquête ayant conduit le fonctionnaire-dirigeant à prendre une décision sur la base de l'article 77 sexies de la loi coordonnée. Deux procès-verbaux ayant été établis dans le délai de 12 mois à compter de la décision de suspension, cette dernière mesure n'a pas pris fin de plein droit (cfr l'avant dernier alinéa du même arrêté.)

## **II Objet de l'appel**

Dans ses dernières conclusions, l'appelant demande à la Chambre de recours de mettre à néant la décision prononcée le 18 mai 2020 par la Chambre de première instance, d'annuler la décision du fonctionnaire-dirigeant du 11 avril 2019, de condamner l'intimé à payer à l'appelant un montant provisionnel de 207.756 euros à titre de réparation du préjudice économique et un montant de 300.000 euros à titre de préjudice moral et, enfin, de condamner l'intimé aux dépens des deux instances.

## **III. La composition de la Chambre lors de l'audience du 9 septembre 2021**

Un des membres de la Chambre de recours, bien que dûment convoqué, ayant été empêché d'assister à l'audience, celle-ci s'est tenue, conformément à l'article 145 § 10 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, en présence du président et d'un seul des deux membres visés au paragraphe 1<sup>er</sup>, alinéa 3, 2<sup>o</sup> et 3<sup>o</sup>, du même article afin de respecter l'égalité entre les membres de chaque groupe.

#### **IV. La décision de la Chambre de recours**

##### 1. La recevabilité de l'appel

Introduit notamment dans les formes et délai légaux, l'appel est recevable.

Sa recevabilité n'est, du reste, pas contestée.

##### 2. La demande d'annulation de la décision du fonctionnaire-dirigeant

2.1 En vertu de l'article 77 sexies de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée par l'arrêté royal du 14 juillet 1994 (disposition dont le texte complet est reproduit dans la décision attaquée de la Chambre de première instance), les paiements des sommes dues par l'assurance obligatoire soins de santé dans le cadre du régime du tiers payant qui sont effectués par les organismes assureurs à un dispensateur de soins peuvent être suspendus, totalement ou partiellement, pour une période maximale de 12 mois s'il existe des indices graves, précis et concordants de fraude dans le chef de ce dispensateur de soins.

L'article 13/1, § 2,6° de cette même loi a chargé une commission spéciale, dénommée « Commission anti-fraude », d'élaborer des directives afin de préciser la notion d' « indices graves, précis et concordants » au sens de l'article 77 sexies précité. Ces directives ont été publiées au Moniteur belge du 15 septembre 2017 (pp 84944 à 84946).

Suivant celles-ci, les indices susmentionnés correspondent à plusieurs éléments matériels, concrets, crédibles, précis, vérifiables et non contradictoires.

Bien que la Commission spéciale n'était pas expressément habilitée par l'article 13/1 ci-dessus à définir la notion de fraude, la définition qu'elle en a donnée dans ces mêmes directives peut être admise dans la mesure où elle s'accorde avec celle qui est habituellement retenue par la doctrine et la jurisprudence (cfr Cass. 3.10 1997, Pas, I, p.962 : « la fraude implique la volonté malicieuse, la tromperie intentionnelle, la déloyauté dans le but de nuire ou de réaliser un gain »).

2.2 En l'espèce, l'intimé produit des éléments matériels, concrets, crédibles, précis, vérifiables et non contradictoires qui permettent de conclure que le fonctionnaire-dirigeant disposait effectivement d'indices graves, précis et concordants de fraude dans le chef de l'appelant, qui autorisaient une mesure de suspension des paiements conformément aux dispositions de l'article 77 sexies de la loi précitée.

Les chiffres transmis par les organismes assureurs montrent, en effet, que les prestations de l'appelant sont en augmentation constante de 2015 jusque 2018 ( passant de 19.148 à 25.852, soit une hausse de 35 % en 4 ans ). Le nombre de codes de la nomenclature utilisés par l'appelant a également augmenté au cours de la même période ( passant de 46 à 56 ). Les profils de l'appelant sont aussi en augmentation constante, comme le relève la décision du 11 avril 2019. Les constatations opérées par le SECM font, en outre, apparaître que des infractions continuent d'être commises entre 2014 et 2018 alors que l'appelant aurait dû être particulièrement scrupuleux et respectueux des normes après avoir déjà fait l'objet de deux procédures, l'une en France, l'autre en Belgique. Le fonctionnaire dirigeant a pu ainsi avoir légitimement le sentiment que

l'appelant ne s'amendait pas et continuait ses mauvaises pratiques dans le but d'augmenter ses profits au préjudice de l'assurance soins de santé.

Aucun des moyens invoqués par l'appelant n'amène la Chambre de recours à annuler la décision prise le 11 août 2019 : comme le font apparaître les motifs qui précèdent, l'intimé a fait une correcte application de l'article 77 sexies de la loi coordonnée, n'a pas méconnu les notions d'indices graves, précis et concordants de fraude et n'a pas commis d'erreur d'appréciation.

Pour le surplus :

- le fonctionnaire-dirigeant, a correctement et amplement motivé sa décision et a respecté tous les principes dont la méconnaissance est vainement invoquée par l'appelant ;
- l'appelant se borne, pour contester les faits, à énoncer des affirmations qui ne sont étayées par aucun élément du dossier ;
- comme la Chambre de recours l'a déjà exprimé ci-dessus, les antécédents judiciaires de l'appelant ne constituent pas en eux-mêmes un indice mais ils peuvent servir à interpréter les autres indices relevés ( cfr , en ce sens, Cass. 29.1.2003, R.D.P, 2003, p 905 : « ne méconnaît pas la notion d'indices sérieux de culpabilité , l'arrêt qui apprécie le caractère sérieux de l'indice qui a motivé le mandat d'arrêt à la lumière d'un comportement similaire antérieur de l'inculpé »).

Enfin, la gravité des indices relevés dans la décision, la persistance apparente d'un comportement déviant dans le chef de l'appelant au détriment de l'assurance soins de santé et la nécessité de prévenir un dommage trop important pour celle-ci autorisaient le fonctionnaire dirigeant à appliquer la mesure de suspension totale pour une durée de 12 mois, sans méconnaître le principe de proportionnalité.

2.3 L'appel n'est pas fondé sur ce point.

### 3. L'indemnisation d'un préjudice

Les compétences de la Chambre de première instance et de la Chambre de recours sont définies, de manière limitative, à l'article 144, §§ 2 et 3 de la loi coordonnée.

Dès lors que ledit article ne leur attribue pas ce contentieux, les Chambres ne sont pas compétentes pour connaître d'une demande d'indemnisation d'un préjudice subi par le dispensateur de soins et qui est dirigée contre l'intimé.

La compétence de pleine juridiction qui leur est reconnue signifie seulement que le juge est « habilité à examiner tant les points de fait que les questions de droit relatives au litige qui lui est soumis » ; « elle suppose que le juge est compétent pour vérifier les faits qui fondent l'acte administratif attaqué devant lui, qu'il doit pouvoir rectifier les erreurs matérielles de l'administration et contrôler la proportionnalité entre la sanction et la faute »( P. MARCHAL , Principes généraux du droit, R.P.D.B., Bruylant, 2014, p125). Elle n'autorise toutefois pas ces chambres à étendre la compétence qui leur est attribuée par la loi à un contentieux qui ne leur est pas dévolu.

Surabondamment, l'appelant ne démontre pas que l'intimé aurait commis une faute et que celle-ci serait en lien avec le préjudice dont il demande réparation.

L'appel sur ce point n'est pas davantage fondé.

#### 4. Les dépens

Comme l'a déjà énoncé la Chambre de première instance, l'article 144, §4, de la loi coordonnée dispose que le titre IV du livre II de la quatrième partie du Code Judiciaire (qui traite des frais et dépens) ne s'applique pas aux Chambres de première instance et de recours.

En tant qu'il vise les dépens de première instance, l'appel n'est pas fondé.

La demande de condamnation de l'intimé aux dépens de la procédure d'appel n'est pas davantage fondée.

Par ces motifs,

La Chambre de recours

Statuant contradictoirement,

Déclare l'appel recevable mais non fondé,

En déboute l'appelant,

Déboute également celui-ci de sa demande de condamnation de l'intimé aux dépens d'appel.

La décision est prononcée en audience publique le 21/10/2021 par Monsieur PLAS Daniel, assisté de Madame METENS Caroline, greffière.

METENS Caroline  
Greffière

PLAS Daniel  
Président