

DECISION DE LA CHAMBRE DE RECOURS DU 10 NOVEMBRE 2025

Numéro de rôle FB-006-24

EN CAUSE DE : **Monsieur A.**
médecin généraliste agréé
N° INAMI : ...

Et SRL B.
BCE : ...

Parties appelantes, comparissant en personne, assistées par
Maître C., avocat dont le cabinet «D.» est situé ... à ...

CONTRE : **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 ;

Partie intimée, représentée par le Docteur E., médecin-inspecteur
et par Monsieur F., conseiller.

1. PROCEDURE

Le dossier de la Chambre de recours contient notamment les pièces suivantes :

- La décision prononcée par la Chambre de première instance le 20 juin 2024 ;
- La requête d'appel déposée par le docteur A. au greffe le 25 juillet 2024 ;
- Les conclusions en réponse du SECM, entrées au greffe le 24 octobre 2024 ;
- Le dossier de pièces du docteur A. déposé à l'audience du 25 septembre 2025.

Lors de l'audience du 25 septembre 2025, la Chambre de recours a entendu les parties.

2. FAITS ET ANTECEDENTS

Il ressort de la note de synthèse que le Dr A. a été sélectionné dans le cadre du dossier national thématique ... « *Médecins généralistes avec augmentation des profils et prestations facturées par le circuit de tiers payant électronique (e- fact)* ».

L'analyse de l'évolution des données de facturations de 8 prestations-contacts (consultations et visites) de médecine générale a démontré que le Dr A. faisait partie d'un groupe de 146 médecins généralistes (environ 1 % des généralistes actifs en 2020) pour qui l'adoption de la facturation électronique était associée à une augmentation du nombre moyen de prestations par patient.

L'augmentation du nombre moyen de prestations s'est poursuivie après l'envoi, le 3 août 2020, d'une notification au prestataire, reprenant ses données personnelles, lui demandant une justification de l'évolution du nombre de prestations par patient et l'informant qu'une surveillance de l'évolution de ses activités était initiée. Une enquête plus poussée a alors été initiée.

Le Dr A. est titulaire d'un diplôme de médecin depuis le 30 juin 2012, est inscrit à l'INAMI depuis le 12 juillet 2012 et a obtenu son agrément en médecine générale le 30 octobre 2014. Il est totalement conventionné depuis le début de sa carrière et est accrédité depuis le 1^{er} janvier 2015.

Le Dr A. a débuté sa carrière en 2014 à la maison médicale « G. » avant de reprendre progressivement la pratique du Dr H. à ..., d'abord à temps partiel, puis à temps plein depuis fin 2015.

Le Dr A. a un statut d'indépendant et est passé en société en 2017. Il est administrateur et gérant unique de la société SPRL « B. » active depuis le 12 juillet 2017 dont le siège social est situé ... à ... »

Emploi du temps

Le Dr A. pratique la médecine générale « *conventionnelle* », en solo, au bénéfice d'une patientèle de la région ... Il consulte dans son cabinet privé à ... et effectue des visites à domicile depuis 2015. Il a également eu une pratique à son domicile à ... et ce jusque fin 2020. Il fait également partie du service de garde « ... ». Il s'agit de gardes de week-end, à raison de deux fois 12 heures tous les 6 mois. Il n'a pas d'assistant et ponctuellement il a un stagiaire.

Logistique et administration

Le docteur A. emploie un secrétaire, Monsieur I. depuis 2018, employé à 6/10 et sans formation particulière. Il est chargé de la prise de rendez-vous, de la préparation des dossiers, de l'encodage des visites de routine, de l'encodage dans le Dossier Médical Global (DMG) ainsi que de la facturation en ce compris la facturation via le circuit électronique (e-fact). Il s'occupe également du « tri-COVID », de la désinfection des mains et des prises de température. Enfin, il renouvelle certaines ordonnances avec l'accord du docteur A.

Les dossiers médicaux du docteur A. sont sous format électronique, utilisant, en 2018, le logiciel Epicure et, depuis 2019, le logiciel MediSpring.

Procédures de facturation

Durant la période contrôlée, soit du 1^{er} janvier 2018 au 1^{er} mars 2021 (dates de réception par les organismes assureurs), la facturation est essentiellement effectuée sous la modalité du tiers payant électronique par e-fact. Ainsi, 95,8 % de l'ensemble des 26.287 prestations attestées durant cette période ont été facturées directement et électroniquement aux organismes assureurs, le pourcentage de facturation sous cette modalité atteignant 99,9 % en 2020. En particulier, durant la même période, 99,2 % des contacts-patients (consultations, visites, avis en vue de la continuité des soins en période COVID) ont été facturés via le tiers payant électronique, le pourcentage augmentant régulièrement de 2018 à 2020 passant de 97,54 % à 99,96 %. Cette période de référence a été sélectionnée par les inspecteurs en prenant en considération que le docteur A. n'a débuté ses activités qu'en 2016.

Pour ce qui concerne les gardes avec ..., le docteur A. est payé de façon forfaitaire. Les attestations de soins sont celles du ... et il y appose son cachet.

L'examen des prestations sous l'angle de nombre de consultations, du nombre de patients différents et du montant attesté à charge de l'INAMI indique :

- Une augmentation significative de son activité de 2017 à 2020, le nombre de prestations annuelles ayant plus que doublé, passant de 5.172 à 11.719 (soit + 127 %), ainsi que le montant correspondant facturé aux organismes assureurs, passant de 140.641,58 euros à 298.493,26 euros (soit + 112 %) ;

Tableau 1 : Evolution du volume d'activité de 2016 à 2022 S1 – (Données anonymisées)

- Une patientèle plus ou moins stable ;
- Une augmentation du nombre de contacts annuels par patient qui, en l'espace de 4 ans, sont passés de 7,15 à 15,41 ;
- Une augmentation du montant d'honoraires facturé en moyenne par assuré et par an, qui est passé de 211,99 € à 414,02 € ;
- L'examen du type des prestations attestées démontre que le docteur A. se situe au percentile 99,74 pour le nombre de visites entre 18 et 21 heures, au percentile 99,53 pour le nombre de visites pour 3 bénéficiaires et plus et au percentile 99,48 pour le nombre d'avis en vue de la continuité des soins (COVID).

➤ Prestations facturées au nom de la famille proche

Durant la période contrôlée, 607 prestations furent attestées au nom de membres de la famille directe en ce compris à son épouse (pédiatre infectiologue) et à ses deux enfants pour un montant total de 17.813,96 €, soit une moyenne de 468,79 €/mois (consultation au cabinet, en visites durant les heures ouvrables, en visites après 18 heures, en visites après 21 heures et en téléconsultations, en ce compris pour l'épouse du prestataire et ses enfants, domiciliés à la même adresse).

➤ Inexactitudes dans les données médicales de la maison de repos

L'analyse transversale des prestations de la maison de repos démontre une inexactitude systématique dans les données médicales encodées, les patients ayant tous les mêmes données, exprimées dans les mêmes termes, notamment la pression artérielle.

Le docteur A. n'a pas d'antécédent au niveau de la législation ASSI.

Enquête

Deux demandes de listings informatiques ont été introduites à l'Agence Inter Mutualiste (AIM) (le 19 avril 2021 pour la période s'étendant du 1^{er} mai 2018 au 19 avril 2021 et le 16 septembre 2021 pour la période s'étendant jusqu'au 10 septembre 2021).

L'analyse des données communiquées par les O.A. a permis la sélection de 31 dossiers médicaux sur base de la fréquence des prestations, de la fréquence de consultations multiples (pour 2 bénéficiaires ou plus) et du nombre de consultations à distance dans le cadre de la pandémie COVID-19 (Avis en vue de la continuité des soins). Une copie informatique de ces 31 dossiers médicaux fut demandée au docteur A. par courriel et courrier, respectivement les 21 et 22 juin 2021 et reçus, en format PDF en date du 21 juillet 2021.

Au terme de l'audition du Dr A. du 06 septembre 2021, une copie informatique de 40 dossiers médicaux supplémentaires fut demandée avec un intérêt tout particulier pour les patients résidents de la maison de repos « Résidence J » et les membres de la famille proche du docteur A. pour lesquels des prestations, parfois fréquentes, furent attestées. Ces dossiers médicaux informatisés supplémentaires furent reçus le 14 septembre 2021 et analysés en termes de réalité et de conformité.

Lors de l'audition du 06 septembre 2021, des renseignements complémentaires ont été demandés pour 2 assurés de la même fratrie en raison de prestations « 101135 » (*Avis en vue de la continuité des soins* ») récurrentes. Ces prestations furent attestées simultanément pour – le plus souvent – six des sept membres de la famille domiciliés à la même adresse, et ce, alors que les dossiers médicaux ne comportaient aucune note ou de seules notes génériques. Ces informations complémentaires supplémentaires ont été reçues le 16 septembre 2021.

L'analyse transversale des prestations de la maison de repos démontre une inexactitude systématique dans les données médicales encodées, les patients ayant tous les mêmes données, exprimées dans les mêmes termes, notamment la pression artérielle.

Outre l'audition du docteur A. le 6 septembre 2021, le SECM a auditionné 4 assurés et la directrice d'une maison de repos.

Un Procès-Verbal de Constat (PVC) daté du 10 décembre 2021 a été notifié au dispensateur de soins par courrier recommandé le 13 décembre 2021 avec copie à la société SRL B.

Requête du SECM

Par requête du 6 avril 2023, le SECM a demandé 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 Docteur 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 141.064,77 € (article 142, §1^{er}, 1^o et 2^o, de la loi SSI),

- Condamner le Docteur A., pour le grief 1, à une amende de 150 % (4.722,46 €) du montant de la valeur des prestations à rembourser, dont 100 % (3.148,31 €) en amende effective et 50 % (1.574,15 €) en amende avec sursis, soit une amende effective à payer de 3.148,31 € (article 142, §1er, 1° de la loi SSI),
- Condamner le Docteur A., pour les griefs 2 à 5, à une amende administrative de 100% (137.916,46 €) du montant de la valeur des prestations à rembourser, dont 50% (68.958,23 €) en amende effective et 50% (68.958,23 €) en amende avec sursis, soit une amende effective à payer de 68.958,23 € (article 142, §1er, 2° de la loi SSI),
- 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.

Les griefs reprochés au docteur A. et la SRL B. sont les suivants :

- **Grief 1** : prestations non effectuées (article 73bis, 1°, de la loi SSI).
Sont visées des doubles facturations : 123 prestations attestées à deux reprises le même jour et pour le même patient. Indu : 3.148, 31 €.
- **Grief 2** : prestations non conformes (article 73bis, 2°, de la loi SSI).
Sont visées des prestations de consultations ou de visites non documentées ou dont la documentation n'est pas conforme à la réglementation : 1774 prestations pour 70 assurés. Indu : 47.929,59 €.
- **Grief 3** : prestations non conformes (article 73bis, 2°, de la loi SSI)
Sont visées des prestations attestées dont la définition correspond à celle d'un avis : 198 prestations pour 58 assurés. Indu : 5.172,07 €.
- **Grief 4** : prestations non conformes (article 73bis, 2°, de la loi SSI).
Sont visées des visites attestées sous le code « 104215 » (Visite effectuée entre 18 heures et 21 heures par le médecin généraliste) alors qu'elles furent initiées avant 18 heures : 7 prestations. Indu : 74,80 €.
- **Grief 5** : prestations non conformes (article 73bis, 2°, de la loi SSI).
Sont visées des prestations d' « Avis en vue de la continuité des soins » (mesures temporaires dans la lutte contre la pandémie COVID-19) non documentées ou dont la documentation n'est pas conforme à la réglementation : 4237 prestations. Indu : 84.740,00 €. L'indu total s'élève donc à 141.064,77 €.

3. OBJET DE L'APPEL - PRETENTIONS DES PARTIES

Le docteur A. et la SRL B. interjettent appel de la décision du 20 juin 2024 de la Chambre de première instance (rôle général n° FA-006-23) ayant décidé ce qui suit :

« Déclare la demande du SECM recevable et partiellement fondée.

En conséquence,

- Déclare les griefs établis et ce faisant ;
- Condamne le Dr A. et de la SRL B. à rembourser la valeur des prestations indues s'élevant à 141.064,77 € ;
- Condamne le Dr A. à payer une amende :
 - de 150 % (4.722,46 euros) du montant de la valeur des prestations à rembourser, dont 100 % (3.148,31 euros) en amende effective et 50 % (1.574,15 euros) en amende avec sursis, soit une amende effective à payer de 3.148,31 €
 - de 50 % de l'indu établi à 137.916,46 euros soit 68.958,23€ et de maintenir le sursis pour la moitié de cette amende ainsi réduite soit une amende effective de 34.479,11 €.
- Octroie un sursis de 3 ans tel que précisé ci-dessus ;
- Dit qu'à défaut de paiement des sommes dues dans les trente jours de la notification de la présente décision, 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, seront dus, de plein droit, à compter de l'expiration du délai précité. »

Par requête du 25 juillet 2024, ils demandent à la Chambre de recours de réformer la décision querellée de la Chambre de première instance du 20 juin 2024 comme suit :

«

- A titre principal, dire irrecevable ou à tout le moins non fondée la procédure de récupération de la partie intimée ;
 - Par conséquent, dire non établi les griefs formulés par la partie intimée en termes de requête et pour tous les cas cités dans la note de synthèse ;
 - Dire non fondées les amendes administratives sollicitées à l'encontre de l'appelant.
- A titre subsidiaire, en cas de condamnation à la récupération d'un indu,
 - qu'il y a lieu d'octroyer à l'appelant un plan de paiement raisonnable lui permettant de rembourser l'indu démontré ;
 - qu'il y a lieu de limiter le montant de l'amende à 10% de l'indu démontré et en tout cas accorder un sursis total quant aux amendes administratives ; »

Le SECM demande à la Chambre de recours de déclarer la requête d'appel recevable mais non fondée et :

- Confirmer intégralement la décision de la Chambre de 1ère instance du 20 juin 2024 (rôle FA-006-23) ;
- Dire qu'à défaut de paiement des sommes dues dans les 30 jours de la notification de la décision de la Chambre de recours, 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

4. RECEVABILITE DE L'APPEL

4.1. Principes

A peine d'irrecevabilité, un recours peut être introduit devant la Chambre de recours dans le mois, à compter de la notification de la décision de la Chambre de première instance, selon l'article 156, § 2, alinéa 1, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

Le délai prend cours le premier jour ouvrable qui suit celui où le pli recommandé, avec accusé de réception, a été présenté au domicile du destinataire ou, le cas échéant, à sa résidence ou à son domicile élu, selon l'article 156, § 2, alinéa 1, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

4.2. Application en l'espèce

En l'espèce, la décision de la Chambre de première instance du 20 juin 2024 a été notifiée le 24 juin 2024. Le pli a été remis au domicile des intéressés au plus tôt le 25 juin 2024. Le docteur A. a en tout cas retiré le pli le 28 juin 2024 (il s'agit de la date mentionnée sur l'accusé de réception figurant au dossier de la procédure). Le délai de recours a dès lors pris cours au plus tôt le 26 juin 2024. La requête d'appel a été déposée le 25 juillet 2024, soit dans le délai légal. Le recours est recevable.

5. EXAMEN DE LA CONTESTATION PAR LA CHAMBRE DE RECOURS

5.1. Recevabilité de la procédure introduite par le SEM

5.1.1. Position du docteur A. et de la SRL B.

Le docteur A. et la SRL B. estiment que la procédure administrative initiée par le SECM doit être considérée comme nulle pour les motifs suivants :

- Le docteur A. n'a nullement eu accès au dossier et pièces pertinentes détenues par le SECM qui fondent pourtant une action en récupération à son égard ;
- Cette absence d'accès constituait une différence de traitement injustifiée ;
- De surcroît, le SECM a exclu des éléments à décharge dans son appréciation ce qui est contraire au principe d'égalité des armes.

5.1.2. Position de la Chambre de recours

La Chambre de recours considère qu'il n'y a pas eu violation des droits de la défense du docteur A.

✓ L'article 6 de la CEDH

L'article 6 CEDH dispose que :

« 1. Toute personne a droit à ce que sa cause soit entendue équitablement, publiquement et dans un délai raisonnable, par un tribunal indépendant et impartial, établi par la loi, qui décidera, soit des contestations sur ses droits et obligations de caractère civil, soit du bien-fondé de toute accusation en matière pénale dirigée contre elle.

(...)

3. Tout accusé a droit notamment à:

a) être informé, dans le plus court délai, dans une langue qu'il comprend et d'une manière détaillée, de la nature et de la cause de l'accusation portée contre lui;

b) disposer du temps et des facilités nécessaires à la préparation de sa défense;

c) se défendre lui-même ou avoir l'assistance d'un défenseur de son choix et, s'il n'a pas les moyens de rémunérer un défenseur, pouvoir être assisté gratuitement par un avocat d'office, lorsque les intérêts de la justice l'exigent;

d) interroger ou faire interroger les témoins à charge et obtenir la convocation et l'interrogation des témoins à décharge dans les mêmes conditions que les témoins à charge;

e) se faire assister gratuitement d'un interprète, s'il ne comprend pas ou ne parle pas la langue employée à l'audience. »

Le respect des droits de la défense s'apprécie au regard de l'ensemble de la procédure. La Cour européenne des droits de l'homme (CEDH) a rappelé que sa préoccupation première est d'évaluer l'équité globale de la procédure¹. La Cour rappelle également que les droits garantis par l'article 6 § 3 ne sont pas des fins en soi : leur but intrinsèque est toujours de contribuer à garantir l'équité de la procédure pénale dans son ensemble. Le respect des exigences d'un procès équitable doit être examiné dans chaque cas au regard de l'évolution de la procédure dans son ensemble et non sur la base d'un examen isolé d'un aspect particulier ou d'un incident particulier.

La Cour de cassation a également considéré que le droit à un procès équitable s'apprécie par rapport à l'ensemble de la procédure².

La Cour européenne de justice considère également que les droits de la défense et, partant, le principe « *audi alteram partem* » doivent être respectés dès que l'administration envisage « *de prendre à l'encontre d'une personne un acte qui lui fait grief* », sans que cet acte constitue nécessairement une sanction.³

¹ CEDH, Ibrahim et autres c. Royaume Uni, 13 septembre 2016, §274 ; CEDH, Beuze c. Belgique, 9 novembre 2018, §§ 120 à 122 ; CEDH, Doyle c. Irlande, 23 mai 2019; et CEDH, Brus c. Belgique, 14 septembre 2021, § 27

² Cass., 6 février 2019, P.18.1215.F ; Cass., 12 juin 2019, P.18.1001.F. et Cass., 5 février 2020, P.19.0623.F

³ C.J.C.E., 18 décembre 2008, C-349/07

✓ La loi ASSI

Conformément à l'article 169 alinéa 1er de la loi ASSI, la phase d'enquête est réglée par les dispositions du Code pénal social (CPS). Celui-ci prévoit le droit d'accès au dossier lors de la phase de poursuite administrative à partir de la demande des moyens de défense (art 77-79 CPS). Pour la période qui précède cette phase, le CPS n'organise pas un droit d'accès au dossier d'enquête. La loi ASSI ne prévoit pas non plus un tel droit d'accès. La phase de poursuite administrative commence au niveau du SECM soit par la demande de moyens de défense (pour la procédure Fonctionnaire-dirigeant) soit par le dépôt d'une requête (devant la Chambre de 1ère instance) (article 142 §3 de la loi SSI). Dès le moment où la procédure est ainsi introduite, le dossier est consultable par les parties concernées.

✓ Les droits de la défense en l'espèce

En l'espèce, la Chambre de recours n'aperçoit pas en quoi les droits de la défense du Dr A. n'auraient pas été respectés. En effet :

- Le Dr A. a été entendu le 6 septembre 2021 avant la rédaction du procès-verbal de constat. Il était assisté d'un avocat. Il a pu faire valoir ses arguments lors de cette audition, lors de la réception du procès-verbal de constat et dans le cadre de la présente procédure ;
- Les articles 62 et 63 du Code pénal social prévoyant la garantie de plusieurs règles lors de l'audition de personnes ont été respectés par le médecin-contrôleur au cours de l'enquête ;
- Le docteur A. a eu l'occasion de produire tous les documents qu'il souhaitait pendant l'enquête, dont il a été tenu compte avant la rédaction des PVC ;
- En application des dispositions du code pénal social, le droit d'accès au dossier n'est prévu qu'à partir du moment où le SECM a déposé une requête devant la Chambre de première instance. Ceci n'est pas contraire à l'article 6 de la CEDH ;
- Concrètement, le docteur A. a donc pu avoir accès au dossier de la procédure dès l'introduction de la présente procédure et faire valoir ses moyens de défense ;
- Le docteur A. a d'ailleurs été assisté d'un avocat dans le cadre de la procédure devant la Chambre de première instance et dans le cadre de la procédure en appel.

Eu égard aux dispositions précitées, il n'y a pas de raison de considérer que la procédure serait dans son ensemble inéquitable et contraire aux droits de la défense au seul motif que le docteur A. et la SRL B. n'ont pas eu accès au dossier avant l'introduction de la présente procédure.

Par ailleurs, le Code pénal social réserve aux inspecteurs sociaux un pouvoir d'appréciation large concernant la collecte d'informations et la tenue des auditions (articles 21, 25 et 27 du CPS). Ce sont les inspecteurs sociaux qui organisent et dirigent l'enquête. Ils peuvent interroger soit seuls soit ensemble toute personne dont ils estiment l'audition nécessaire

Concernant l'audition des 4 patients de la résidence pour personnes âgées, la Chambre de recours relève que ce n'est pas parce que le SECM a considéré que ces auditions n'étaient pas de nature à influencer, dans un sens ou dans un autre, le fondement des griefs invoqués par le SECM, que le docteur A. et la SRL B. sont privés du droit d'invoquer les éléments contenus dans ces auditions dans le cadre de leur défense.

Il n'y a donc pas de rupture de l'égalité des armes ni d'atteinte aux droits de la défense.

En conclusion, l'argument relatif à l'irrecevabilité des poursuites doit être rejeté.

5.2. Rappel des dispositions applicables

L'article 73bis de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (ci-après dénommé 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, § 1er :

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;

2° de rédiger, faire rédiger, délivrer ou faire délivrer les documents réglementaires précités 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 et/ou lorsque des prestations visées à l'article 34 ont été prescrites 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°) et/ou non conformes (article 73bis, 2°) est sujet au remboursement de la valeur des prestations concernées, conformément à l'article 142, §1er, 1° et 2°, de la loi ASSI.

Il suffit que les éléments matériels constitutifs d'une infraction « *réalité* » ou « *conformité* », 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.

En ce qui concerne les modalités de remboursement de l'indu en application de l'article 142, 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.** (...)»*

5.3. Examen des griefs reprochés

5.3.1. 1^{er} grief (non effectué)

➤ Le grief reproché

Il s'agit de doubles facturations à l'assurance soins de santé. Selon les données authentifiées reçues de l'AIM, 123 prestations ont été attestées à deux reprises le même jour et pour le même patient, pour un montant de 3.148,31 € (annexe 1 du PVC).

➤ Décision de la Chambre de première instance

La chambre de première instance a considéré que ce grief était fondé pour les motifs suivants :

« Cette affirmation d'impossibilité du double encodage n'est pas correcte.

Sur le site de MEDISPRING, on peut lire :

« Si vous envoyez 2 attestations pour le même patient, avec la même date, l'une d'elles sera refusée.

- *Lors de l'encodage de cette 2^e attestation du jour, cliquez sur le détail du code: en cliquant sur le triangle à G de celui-ci, vous pourrez choisir un éventuel motif dans la liste "Code prestation identique"*

Si vous avez encodé cette 2^e attestation sans faire cette manœuvre, la 2^e attestation sera refusée : voici comment la corriger :

- *Retrouvez cette attestation refusée (voir "corriger une attestation")*
- *En ouvrant le détail du code et en cliquant sur le triangle à G de celui-ci, vous pourrez choisir un éventuel motif dans la liste "Code prestation identique".*
- *Dès que ce choix est fait, cliquez sur "Corriger".*
- *L'attestation retournera dans les attestations à envoyer ».*

Par ailleurs l'article 9 quater de la loi ASSI détermine le mode de conservation des données d'encodage avec un système de double codage de manière à garantir le respect du RGPD. Cet article donne accès aux données encodées au SECM selon les dispositions de l'article 138 :

« Sous réserve de l'application des dispositions de l'article 165, l'organisme assureur ou l'office de tarification établit, de sa propre initiative ou à la demande des services de contrôle de l'Institut, au moyen des données conservées ou traitées par voie électronique, des listes sous forme de fichiers intégrés qui contiennent les informations nécessaires à l'identification complète des prestations, des dispensateurs de soins qui les ont prescrites, réalisées ou délivrées et des bénéficiaires. Ces informations peuvent concerner aussi bien les prestations portées en compte que celles qui ont été remboursées par l'assurance soins de santé. Le numéro d'ordre des prescriptions de médicaments doit également figurer dans ces fichiers. Après authentification par un mandataire de l'organisme assureur ou de l'office de tarification agréé par le fonctionnaire dirigeant du Service du contrôle administratif, ces listes font foi jusqu'à preuve du contraire, également à l'égard de tiers. »

En l'espèce, les listings de l'AIM indiquent ce double paiement. La preuve contraire n'est pas rapportée par le Dr A. dès lors que seuls 2 relevés sont déposés, pour une brève période (mars à décembre 2019) pour un seul organisme assureur (l'Union Nationale des Mutualités Socialistes) et visent un remboursement global. Qu'il s'agisse de « bug » informatique, de double facturation volontaire ou involontaire, le Dr A. est dans l'obligation de rembourser les prestations indûment remboursées par les organismes assureurs. ».

➤ **Position du docteur A. et de la SRL B.**

Le docteur A. et la SRL B. produisent en pièce 20 le relevé électronique «*Efact*» relativement aux doubles encodages invoqués pour deux patients qui n'ont en réalité donné lieu qu'à un seul paiement. Une seule attestation a été acceptée et la seconde annulée (« archivée »). Pourtant ces prestations sont bien listées par le SECM à l'Annexe 1 comme ayant donné lieu à un double paiement, ce qui est erroné.

Par ailleurs, le docteur A. fait valoir qu'il n'aurait pas pu être rémunéré doublement puisque les doubles encodages repris à l'annexe 1 du PVC sont techniquement impossibles et ne peuvent donner lieu à aucune intervention de l'organisme assureur, sauf dysfonctionnement techniques du logiciel.

➤ **Position de la Chambre de recours**

A l'appui de son grief, le SECM produit, en annexe 1 du PVC, le listing des prestations ayant fait l'objet d'un double paiement. Les données reprises sur ce listing correspondent aux prestations payées par trois organismes assureurs du 27 mars 2019 au 27 septembre 2020. Elles démontrent la double perception d'honoraires (ou le double remboursement) pour 123 prestations : les dates des prestations sont identiques, les prestations sont identiques ainsi que les noms des assurés.

Comme la Chambre de première instance l'a précisé dans sa décision, en application de l'article 138 de la loi ASSI, les listes de prestations litigieuses réalisées par les organismes assureurs font foi jusqu'à preuve du contraire dès qu'elles ont été authentifiées.

Il appartient dès lors au Dr A. de prouver que les prestations en question n'ont pas fait l'objet d'un double paiement.

Force est de constater que le Dr A. n'apporte toujours pas, en degré d'appel, la preuve contraire :

- Le document produit en pièce 20 de son dossier semble confirmer que plusieurs attestations ont été « archivées » et puis « jetées ». Il est toutefois impossible pour la Chambre de recours de relier les patients repris sur ce listing au listing produit en annexe 1 du PVC à défaut d'information relatives au RN de ces patients sur le document produit par Dr A. ;

Le SECM a d'ailleurs analysé ce document et en conclut ce qui suit :

« La pièce 20 des parties appelantes indique que pour la patiente (K.) «une des attestations a été refusée et l'autre archivée » : ce qui signifierait qu'aucune prestation n'aurait été remboursée par l'organisme assureur... Or il ressort des données o.a. que la prestation du 8 janvier 2019 (numéro eFact 2019000247) a été reçue par l'o.a. le 22 février 2019 et payée 22,27 euros au dispensateur de soins. En outre, la même prestation a été remboursée par l'o.a. à l'assurée le 29 janvier 2019... »

La pièce 20 précitée indique selon les parties appelantes que pour la patiente L., « une des attestations a été archivée une fois, refusée une fois et payée partiellement une fois ». Or la facture 2019000560 du 21 janvier 2019 et la facture 20190001812 du 15 mars 2019 ont été payées par l'o.a. concernant la même prestation 590015 du 21 janvier 2019 : »

- Les extraits de compte déposés en pièce 2 reprennent seulement les versements mensuels effectués par un seul organisme assureur (UNMS) pour la période de mars 2019 à décembre 2019. Ces extraits de compte ne reprennent que les montants totaux versés au Dr A. Ces documents sont totalement insuffisants pour prouver l'absence de doubles remboursements par les O.A. pour les prestations visées au PVC. Le Dr A. ne produit pas les fichiers de décompte⁴ détaillés qu'il a dû recevoir des organismes assureurs, suite à l'envoi de sa facturation électronique e-Fact.

Le SECM souligne encore que l'affirmation selon laquelle la double facturation d'une même prestation le même jour est impossible, n'est pas fondée. Si effectivement, la «double» facturation est a priori bloquée, elle reste cependant possible en la corrigeant par l'utilisation de « 2ème prestation identique de la journée ». Il apparaît en outre, d'une part, que des prestations du même jour ont été facturées à des dates différentes et, d'autre part, que des prestations étaient facturées via eAttest (remboursement au patient) et via eFact (remboursement au dispensateur des soins). Ce dernier élément pose question.

A supposer que le bug informatique invoqué soit confirmé et soit la seule justification des doubles paiements, la Chambre de recours constate que le Dr A. ne prouve pas qu'il n'aurait pas reçu les doubles paiements repris sur le listing authentifié.

Il aurait pu notamment apporter cette preuve au moyen de sa comptabilité, notamment en comparant le montant des prestations envoyées par e-fact pour la période litigieuse et le montant des remboursements reçus par les OA pour la même période ou par le fichier décompte et rejet des divers OA.

Le grief est dès lors établi. L'indu s'élève à 3.148,31 €

⁴ fichier décompte et rejets.

5.3.2. 2^{ème} grief (non conforme)

➤ **Le grief reproché**

Il s'agit de prestations de consultations ou de visites non documentées ou dont la documentation n'est pas conforme à la réglementation. Cela concerne 1774 prestations non conformes à la réglementation, effectuées du 2 mars 2020 au 26 février 2021 et introduites aux organismes assureurs du 3 mars 2020 au 26 février 2021, à concurrence d'un indu de 47.929,59 € (annexes 2, 3 et 4 du pvc). La documentation de 1774 prestations de médecine générale de types visites et consultations (codes 101076, 103132, 103412, 104215 et 104230) n'est pas conforme aux exigences de la réglementation en raison :

- de l'absence de documentation d'un contact avec le patient à la date de la prestation attestée – annexe 2 du PVC- 10.927,66 € (395 prestations) ;
- de l'absence de note dans le dossier médical à la date de la prestation attestée – annexe 3 du PVC – 6.412,85 € (209 prestations) ;
- de l'unique présence de notes génériques et/ou aspécifiques à la date de la prestation attestée - annexe 4 au PVC – 30.589,08 € (1170 prestations).

➤ **Position du docteur A. et de la SRL B.**

Le Dr A. et la SRL B. font valoir qu'il s'agit de prestations réalisées dans le contexte de la pandémie de Covid 19. Or, pendant cette période, l'INAMI a adapté ses pratiques en matière de prestations : possibilité de donner des avis par téléphone, assouplissement de la prestation « *avis en vue de la continuité des soins* » (5 fois par 30 jours) et création d'une prestation « *avis médical par téléphone en vue du triage Covid 19* ».

Ils contestent le fait qu'aucun contact avec les patients ne serait documenté ou qu'aucune note ne figurerait dans les contacts. Les données ont été transmises au SECM (en exportant les données à partir du logiciel MediSpring).

Ils se réfèrent également à l'audition de Mr M. et de Mme N., directrice de la résidence J. démontrant l'existence de contacts effectifs avec les patients. Concernant les notes dites « *génériques* », il convient de préciser qu'elles ne signifient pas absence de contact mais que la description de la prestation manque de précision. Ainsi, la note « *vérification des paramètres* » précise l'objet de la consultation réalisée et ne peut remettre en cause sa réalité. Les auditions des patients et de la directrice de la Résidence J. confirment les visites régulières du Dr A. (le mardi) et, à l'occasion de ces visites, il contrôle les paramètres.

Les libellés tels que « *suivi et réponse aux questions* » et « *mise au point par rapport situation covid* » ont été indiqués dans les dossiers relatifs aux patients examinés en lien avec la pandémie. De plus, il n'existe aucune réglementation ou instruction particulière concernant le libellé précis de la description des consultations effectuées

➤ Position de la Chambre de recours

Il ressort de l'article 1er, §8, de la NPS que *« pour les prestations pour lesquelles il n'y a pas de demande explicite de rapport, document, tracé, graphique dans le libellé, le dossier devra démontrer l'exécution de la prestation »*. Le dossier doit donc être documenté de façon à ce que la nature de la prestation puisse être vérifiée.

L'article 2 de la NPS précise que la consultation ou la visite implique l'examen du malade par le médecin en vue du diagnostic ou du traitement d'une affection. A l'inverse, un avis implique seulement la rédaction d'un document. Cette rédaction n'est pas nécessairement concomitante à la consultation/visite : elle peut être réalisée postérieurement à une consultation.

Si des dispositions spécifiques ont été adoptées par arrêté royal n°20 du 13 mai 2020 au regard de la pandémie Covid 19, les spécifications et obligations liées aux autres prestations sont demeurées inchangées.

Cet arrêté royal n°20 a fixé précisément le cadre dans lequel ces prestations pouvaient être attestées. Ainsi, concernant la prestation 101135 *« avis en vue de la continuité des soins »*, l'article 8, §2, de cet arrêté royal prévoit : *« Par avis en vue de la continuité des soins, il faut entendre l'anamnèse par téléphone d'un patient en traitement chez le médecin; patient qui pour des raisons bien motivées ne peut pas rencontrer le médecin en personne vu les avis concernant la pandémie COVID-19. Le médecin doit pouvoir identifier clairement son patient et note dans le dossier médical du patient le contact téléphonique, la raison motivée qui requiert cet avis, les conseils fournis, les adaptations éventuelles au schéma thérapeutique et la nature des documents délivrés. »*. Ce texte confirme que, même pour les codes spéciaux prévus pour la pandémie Covid 19, les contacts (même téléphoniques) avec les patients devaient être documentés au dossier: la seule mention *« contact téléphonique »*, par exemple, n'est pas suffisante.

Ce que reproche le SECM au Dr A. c'est l'absence de documentation des contacts pour les patients visés au grief et pour les dates des prestations visées au grief. Contrairement à ce que semble penser le Dr A. et la SRL B., le grief reproché vise bien des prestations non conformes pour défaut de documentation, absence de note ou notes génériques/aspécifiques au dossier médical des patients et non des prestations non effectuées.

Les documents repris dans la note de synthèse confirment l'absence de documentation, de note ou de notes génériques.

Les constatations du SECM indiquent à cet égard :

- pour le patient O., 23 consultations/visites à domicile ont été attestées entre le 3 mars 2020 et le 1er juillet 2020 sans qu'une seule note n'apparaisse dans le dossier ;
- pour la patiente P., 20 consultations/visites à domicile ont été attestées entre le 25 mars 2020 et le 22 juillet 2020 sans qu'une seule note n'apparaisse dans le dossier ;

- l'audition des patients de la Résidence J. et de Mme N., directrice de cette résidence semblent confirmer les visites régulières du Dr A. mais, lorsque des mentions existent au dossier, leur exactitude pose question: l'analyse transversale des prestations liées aux résidents de la Résidence J. indique que ces résidents ont tous les mêmes données, exprimées dans les mêmes termes, le même jour notamment la pression artérielle. Le SECM a cependant admis le remboursement des prestations relatives aux patients de ladite Résidence pour lesquels un résultat de mesure des paramètres fut indiqué même s'il paraît douteux que tous les résidents aient les mêmes résultats à la même date...;
- pour Mme Q., la présence d'une demande d'imagerie médicale n'est pas concluante. La présence de résultats médicaux, d'une demande d'examen ou de consultation spécialisée dans le dossier ne reflète en rien qu'une consultation médicale ou une visite a effectivement été réalisée.

Le SECM n'a pas trouvé d'information relative à des anamnèses, examens cliniques lors des dates auxquelles des visites du Docteur A. ont été attestées et qui font l'objet du grief. En effet, le dossier de Madame Q. ne contient aucune de ces données aux dates suivantes :

- 24 juin 2020 : prescription médicamenteuse,
- 06 juillet 2020 : vide,
- 15 juillet 2020 : vide,
- 17 juillet 2020 : prescription radiologie,
- 23 juillet 2020 : prescription médicamenteuse,
- 24 juillet 2020 : vide,
- 10 août 2020 : mise au point cancer,
- 17 août 2020 : prescription médicamenteuse,
- 21 août 2020 : va entrer à l'hôpital demain.

Une demande d'examen ne correspond pas à une «*consultation*» ou une «*visite*» mais à un «*avis*», code 109012, au sens de l'article 2, A, de la NPS . Cette «*consultation*» ou «*visite*» spécifique a été convertie par le SECM en «*avis*» et le SECM a admis la documentation de prescriptions ou la réalisation de document, prestations correspondant à la définition d'un avis, et ce pour 11 des prestations facturées au nom de la patiente Q. Le SECM a donc bien tenu compte des documents produits par le Dr A.

Les libellés « *suivi et réponse aux questions* » et « *mise au point par rapport situation covid* », sont des notions qui devraient être précisées (anxiété, précautions sanitaires, ...). Cette description générique et vague ne correspond ni à une consultation, ni même à un avis (par avis, il faut entendre « *la rédaction et la signature, en dehors de tout examen du malade, de certificats, ordonnances pharmaceutiques et documents divers* »).

Si la finalité du dossier médical reste l'intérêt du patient, comme le confirme le Dr A., la loi relative aux droits du patient du 22 août 2002 précise en son article 9 §1 que « **le patient a droit, de la part de son professionnel des soins de santé, à un dossier de patient soigneusement tenu à jour et conservé en lieu sûr** ⁵ ». Contrairement à ce que soutient le Dr A., la transcription des paramètres normaux permet de connaître l'évolution de l'état de santé du patient. Ces données sont utiles à la continuité des soins, voire à la prise en charge du patient par un autre dispensateur de soins.

⁵ Nous soulignons

La Chambre de recours constate également que le procès-verbal d'audition du Dr A. indique clairement, et à plusieurs reprises, des « failles » dans la tenue des dossiers médicaux :

« A la question que notiez-vous dans le dossier ?, Maître R. fait observer que le docteur A. a déjà répondu à la question en rappelant que le docteur avait déjà dit avoir été négligeant par rapport à la tenue des dossiers durant la période covid »

« Ça correspond aux téléconsultations mais il y avait différents canaux. Je n'avais pas le temps de noter. C'est vrai que je n'ai pas été rigoureux car nous avons été débordés. J'ai également eu des problèmes avec MediSpring »

« Il y a eu des manquements de compléter le dossier pendant cette pandémie » « Je n'ai pas toujours pris le temps de noter un mot dans le dossier »

« C'est la même chose que je vous dis depuis le début. Je n'ai pas été rigoureux et il y a eu des bugs informatiques »

« Il y a une période où il y a un vide par manque de rigueur et bugs informatique ».

Tenant compte de l'ensemble de ces éléments, le grief est établi, le Dr A. ne démontrant pas le respect de ses obligations dans la tenue du dossier médical.

L'indu s'élève à 47.929,59 €.

5.3.3. 3^{ème} grief (non conforme)

➤ Le grief reproché

Il s'agit de prestations dont la documentation correspond à un « avis » au sens de l'article 2, A, de la NPS. Cela concerne 198 prestations non conformes à la réglementation, attestées chez 58 assurés entre le 2 mars 2020 et le 24 février 2021 et introduites aux organismes assureurs du 4 mars 2020 au 26 février 2021, à concurrence d'un indu différentiel de 5.172,07 euros (annexe 5 du PVC).

En effet, 198 prestations de médecine générale ont été attestées chez 58 patients sous les codes correspondants à une consultation ou une visite à domicile (codes «101076», «103132», «103412», «103434», «104215» et «104230»). Cependant, l'analyse des dossiers médicaux de ces 58 assurés, a établi que les notes incluses dans le dossier correspondent uniquement à un « avis » (code 109012) au sens de l'article 2, A, de la NPS soit à la rédaction et la signature, de certificats, ordonnances pharmaceutiques et documents divers sans référence à un élément clinique et sans documentation d'un examen clinique. Ainsi, le code «109012» aurait dû être porté en compte au lieu des codes plus onéreux «101076», «103132», «103412», «103434», «104215» et «104230». (voir le tableau repris dans la note de synthèse).

➤ Position du Dr A. et la SRL B.

Le Dr A. fait valoir que les 198 prestations contrôlées ont été encodées conformément aux réglementations applicables. Il souligne que ces prestations sont pour l'essentiel intervenues dans le contexte de la crise sanitaire.

Ils pointent le cas de la visite au domicile du 24 juillet 2020 de Mme S. : la visite est bien effective avec un nouveau contrôle prévu dans les trois mois (pièce 3). Il en est de même pour la consultation de Mme T. du 17 juillet 2020 (pièce 4) et de Mme U. le 17 décembre 2020 (pièce 5) ainsi que pour Mr V., Mme Q. et Mme W.

➤ **Position de la Chambre de recours**

L'article 2 A de la Nomenclature énonce que « *Par avis, il faut entendre la rédaction et la signature, en dehors de tout examen du malade, de certificats, ordonnances pharmaceutiques et documents divers. Les honoraires pour avis ne peuvent jamais être cumulés avec les honoraires pour consultation ou visite.* ».

L'article 1, §8 al.2 de la Nomenclature énonce que : « *Pour les prestations pour lesquelles il n'y a pas de demande explicite de rapport, document, tracé, graphique dans le libellé, le dossier devra démontrer l'exécution de la prestation* ». Comme l'a précisé la Chambre de première instance « *Ceci inclut, notamment, l'anamnèse, l'examen clinique, le diagnostic voire le schéma thérapeutique.* ».

La Chambre de recours constate que les dossiers concernés ne contiennent pas ses éléments. Les cas relevés par le Dr A. ne confirment pas la conformité du dossier en application de l'article 1, §8 de la NPS :

- concernant Mme S., le Dr A. (re)produit un courrier de référence à un médecin spécialiste où l'histoire clinique est résumée ainsi que son évolution, ce qui correspond à une demande d'examen complémentaire. L'examen clinique du jour et les paramètres n'apparaissent nullement dans le dossier médical. Le dossier ne comporte aucune donnée clinique hormis la demande d'examen ;
- Concernant Mme T., le Dr A. reproduit dans ses conclusions un courrier de référence à un médecin spécialiste, où l'histoire clinique est résumée ainsi que son évolution, ce qui est équivalent à une demande d'examen complémentaire. Le dossier ne comporte aucune donnée clinique hormis la demande d'examen ;
- Concernant Mme U., le Dr A. reproduit dans ses conclusions un courrier de référence à un médecin spécialiste, où l'histoire clinique est résumée ainsi que son évolution, ce qui est équivalent à une demande d'examen complémentaire ou, dans le cas présent, d'avis complémentaire d'un spécialiste. Il n'existe aucun examen clinique dans le dossier à la date du jour (17 décembre 2020). Un extrait du dossier du jour suivant, soit le 18 décembre 2020, indique un simple envoi d'un document alors que le Docteur A. a attesté la prestation 101135 « *Avis en vue de la continuité des soins* ».
- Concernant Mr V., le Dr A. reproduit un courrier de référence à un médecin spécialiste psychiatre, où l'histoire clinique est résumée ainsi que le contexte, ce qui est équivalent à une demande d'examen complémentaire. Le dossier médical ne comporte aucune donnée clinique hormis une prescription médicamenteuse et la demande de prise en charge spécialisée ;

- Concernant Mme Q., le Dr A. reproduit les documents relatifs aux dates des 23 juillet 2020 et 8 octobre 2020. En date du 23 juillet 2020, le dossier médical de la patiente mentionne une prescription de médicament et une demande d'examen échographique, ce qui est équivalent à une demande d'examen complémentaire. En date du 8 octobre 2020, le dossier médical de la patiente mentionne une prescription de médicament et une demande de consultation auprès d'un spécialiste, ce qui est aussi équivalent à une demande d'examen complémentaire ;
- Enfin, en ce qui concerne Madame W., le dossier médical en date du 23 juillet 2020 mentionne une demande d'examen radiologique, ce qui est équivalent à une demande d'examen complémentaire.

Il résulte de la documentation de l'ensemble des dossiers examinés, en ce compris les cas cités par Dr A. que la réalité de la visite ou de la consultation n'est pas établies pour l'ensemble des prestations reprises par le SECM pour ce grief. Ce qui est documenté dans les dossiers, c'est la rédaction d'un document (notamment examen complémentaire). Cet acte peut être réalisé avec ou sans contact ou examen clinique. Il s'agit donc d'un avis.

Dès lors, seul le code 109012 pouvait être attesté. Le grief est établi.

L'indu s'élève à 5.172,07 €.

5.3.4. 4^{ème} grief (non conforme)

➤ Le grief reproché

Il s'agit de visites attestées sous le code « 104215 » (*visite effectuée entre 18 heures et 21 heures par le médecin généraliste*) alors qu'elles furent initiées avant 18 heures. Cela concerne 7 prestations non conformes à la réglementation, attestées chez 5 assurés entre le 25 janvier 2019 et le 17 décembre 2019 et introduites aux organismes assureurs du 27 mars 2019 au 18 décembre 2019, à concurrence d'un indu différentiel de 74,80 €.

L'analyse des dossiers médicaux informatisés de ces 5 assurés a établi que les contacts-patients de ces 7 prestations furent encodés avant 18 heures. Les prestations ayant été encodées avant 18 heures, ces prestations ne sont pas conformes à la réglementation. Pour chacune de ces prestations, le code de nomenclature «103132», de valeur inférieure au numéro de code « 104215 », aurait dû être porté en compte. Un indu différentiel a dès lors été calculé.

➤ Position du Dr A.

Le Dr A. maintient que les visites concernées ont bien été réalisées après 18h. Il est exact qu'il procède généralement à l'encodage des éléments de l'intervention au début de la visite à domicile. Néanmoins, il est catégorique sur le fait que les visites ont bien été effectuées après 18h. En outre, le logiciel MEDISPRING a connu de nombreux dysfonctionnements techniques.

➤ **Position de la Chambre de recours**

La NPS dispose que :

"CHAPITRE II. – CONSULTATIONS, VISITES ET AVIS, PSYCHOTHERAPIES ET AUTRES PRESTATIONS."

Art. 2." (...)

"A.R. 19.2.2013" (en vigueur 1.5.2013)

"F. Dispositions générales » (...)"

A.R. 19.2.2013" (en vigueur 1.5.2013) "3. Les prestations 102410, 102432, 102454, 102476, 102491, 102513, 103854, 103876, 103891, 104215, 104230, 104252, 104296, 104311, 104333, 104510, 104532, 104554, 104591, 104613, 104635, 104812, 104834, 104856 et 104871 ne peuvent être portées en compte que pour les consultations et visites demandées et effectuées pendant les jours et heures spécifiés⁶ et quand l'état du patient nécessite, pendant ces jours et heures, des soins urgents qui ne peuvent être différés. Ces prestations ne peuvent être portées en compte lorsque le médecin, pour des raisons personnelles, tient une consultation ouverte au public, reçoit sur rendez-vous ou effectue des visites pendant les jours et heures susmentionnés; il en est de même lorsque ces prestations sont effectuées pendant ces mêmes périodes suite à une exigence particulière du patient. (...)"

Selon la NPS, la visite doit donc être demandée et effectuée après 18 h. Il paraît donc matériellement (et logiquement) impossible qu'une visite puisse être encodée avant 18 heures alors que la demande pour cette visite serait effectuée plus tard, soit après 18 h...

Le SECM s'est appuyé sur l'heure d'encodage du contact avec le patient à la date de la prestation dans les dossiers médicaux informatisés fournis par le Dr A. le 21 juillet 2021.

Par exemple, pour Madame X., la prestation 104215 en date du 19 mars 2020 a été créée à 12h05 alors que le code correspond à une visite effectuée entre 18 h et 21 h.

Compte tenu de ces éléments, le grief est dès lors difficilement contestable.

Le 4^{ème} grief est établi. L'indu s'élève à 74,80 €.

5.3.5. 5^{ème} grief (non conforme)

➤ **Le grief reproché**

Il s'agit de prestations 101135 d' « Avis en vue de la continuité des soins » (mesures temporaires dans la lutte contre la pandémie COVID-19) non documentées ou dont la documentation n'est pas conforme à la réglementation.

⁶ Nous soulignons

L'analyse des dossiers médicaux de 31 de ces assurés fournis par le Dr A. en date du 21 juillet 2021, a porté sur l'ensemble des prestations «101135» attestées chez ces assurés entre le 7 avril 2020 et le 25 novembre 2020 inclus (date d'introduction aux OA du 9 avril 2020 au 26 novembre 2020), soit 404 prestations. Dans 377 des 404 prestations contrôlées, soit 93,3% des prestations, alors que la réglementation requiert la documentation de « *la raison motivée qui requiert cet avis, les conseils fournis, les adaptations éventuelles au schéma thérapeutique et la nature des documents délivrés* », il a été constaté :

- soit une absence de documentation d'un contact à la date de la prestation attestée (167 prestations),
- soit une absence de note (41 prestations),
- soit l'unique présence de notes génériques du type « *suivi et réponse(s) au(x) question(s)* », et ce, en l'absence de tout élément clinique (147 prestations),
- soit la présence de seules notes relatives à des prescriptions pharmaceutiques ou à une incapacité de travail (22 prestations).

Lors de son audition, à la question « *Ce pourcentage correspond-il à la réalité de votre pratique ?* », le Dr A. a admis que ce pourcentage était représentatif (« *Je réponds oui à votre question en raison du manque de temps et par bugs informatiques.* »).

Dès lors, le pourcentage de 93,3% a été appliqué aux 4.552 prestations «101135» attestées chez 640 assurés entre le 2 avril 2020 et le 26 février 2021 et portées en compte aux O.A. entre le 4 avril 2020 et le 26 février 2021. Sont visées 4.552 prestations à distance d'« *Avis en vue de la continuité des soins* » (code « 101135 ») qui ont été attestées chez 640 assurés entre le 02 avril 2020 et le 26 février 2021 et portées en compte à l'ASSI entre le 4 avril 2020 et le 26 février 2021 (dates d'introduction aux OA) – annexe 6 du PVC. L'indu a été calculé à 84.740 € (4.237 x 20 €).

➤ **La réglementation pendant la période COVID-19**

En l'espèce, il y a lieu d'avoir égard à l'Arrêté royal du 13 mai 2020 n° 20 portant des mesures temporaires dans la lutte contre la pandémie COVID-19 et visant à assurer la continuité des soins en matière d'assurance obligatoire soins de santé qui dispose ce qui suit :

« TITRE 3. — CONTINUITÉ DES SOINS

CHAPITRE 4. — Soins à distance (...)

Art. 7. Les principes de base suivants sont valables pour les prestations à distance reprises aux articles 8 à 13 inclus, 16, 17 et 19 à 28 inclus:

1° le patient ou son représentant légal donne son consentement éclairé pour la prestation par communication téléphonique ou communication vidéo ;

2° le moyen de communication utilisé doit contenir un cryptage « de bout en bout » ;

3° le patient est en mesure de suivre cette prestation sans présence physique ;

4° la prestation se situe dans la continuité des soins, à l'exception des prestations en matière de triage ;

5° la qualité des soins est garantie en limitant, dans certains cas, le nombre de prestations par dispensateur de soins.

Art. 8. Soins par un médecin

(...)

Section 1ère. — Soins spécifiques à distance Art. 8. Soins par un médecin

(...)

§ 2. Continuité des soins : « 101135 » Avis en vue de la continuité des soins N 10

Par avis en vue de la continuité des soins, il faut entendre l'anamnèse par téléphone d'un patient en traitement chez le médecin; patient qui pour des raisons bien motivées ne peut pas rencontrer le médecin en personne vu les avis concernant la pandémie COVID-19. Le médecin doit pouvoir identifier clairement son patient et note dans le dossier médical du patient le contact téléphonique, la raison motivée qui requiert cet avis, les conseils fournis, les adaptations éventuelles au schéma thérapeutique et la nature des documents délivrés. (...)

L'INAMI a expliqué dans son instruction du 15 avril 2020⁷ que :

« Par avis en vue de la continuité des soins, il faut entendre l'anamnèse par téléphone d'un patient en traitement chez le médecin; patient qui pour des raisons motivées ne peut pas rencontrer le médecin en personne vu les avis concernant la pandémie COVID-19. Cela s'applique également aux patients qui, en raison de leurs problèmes de COVID, consultent le médecin pour un suivi supplémentaire. Le médecin doit pouvoir identifier clairement son patient et note dans le dossier médical du patient le contact téléphonique, la raison motivée qui requiert cet avis, les conseils fournis, les adaptations éventuelles au schéma thérapeutique et la nature des documents délivrés ».

Selon l'INAMI, les prestations 101990 et 101135⁸ :

- peuvent être attestées par tout médecin, tant généraliste que spécialiste ;
- sont effectuées en dehors de tout examen physique du malade. Le médecin ne rencontre pas le patient en personne ;
- incluent la rédaction et la signature éventuelle de certificats, d'ordonnances pharmaceutiques et de documents divers (par exemple : lettre de renvoi, éventuel rapport au médecin détenteur du DMG,...) ;
- ne peuvent pas être cumulées avec les honoraires de consultation, visite ou avis de la nomenclature par le même médecin le même jour.

➤ **Position du Dr A. et de la SRL B.**

Le Dr A. et la SRL B. estiment que les circonstances exceptionnelles liées à la crise Covid-19 justifient à elles seules une appréciation particulièrement sérieuse, prudente et raisonnée de la part du SECM, des prestations effectuées par le Dr A. pendant cette période incertaine.

⁷ INAMI, 15 avril 2020, Avis médical par téléphone: un honoraire spécifique pour les médecins pendant la crise du Covid-19,

https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/faq_medecin_covid19.pdf

⁸ Arrêté royal n° 20 portant des mesures temporaires dans la lutte contre la pandémie COVID-19 et visant à assurer la continuité des soins en matière d'assurance obligatoire soins de santé, Rapport au Roi, Voy. aussi <https://www.medi-sphere.be/fr/actualites/nouveaux-codes-de-teleconsultation-l-inami-repond-aux-questions-les-plus-frequentes.html>

Ils font valoir que les 404 prestations « 101135 » examinées sont bien effectives et régulières et qu'il convient de prendre en considération le fait que le logiciel MEDISPRING était confronté à de nombreux bugs qui effaçaient les données encodées (pertes des sauvegardes). Ces disparitions sont intervenues à de nombreuses reprises depuis 2019. Certains dossiers ne comportaient plus de notes, consultations, rapports... Ces disparitions ont donné lieu à l'envoi de « tickets » à Medipring en 2019 mais qui n'ont jamais pu être résolus⁹. Le 22 juin 2020, c'est l'assureur EUROMEX du Dr A. qui interpellait MEDISPRING sur cette situation¹⁰.

Ils indiquent également que tous les dossiers des patients concernés ont bien été transmis à l'INAMI afin d'être contrôlés en juillet 2021. Toutefois, l'inspecteur a insisté pour que les documents informatiques soient transmis sous forme « PDF » ce qui n'a pas permis de communiquer toutes les données enregistrées dans le dossier informatique de chaque patient. Le logiciel MEDISPRING connaît de nombreux dysfonctionnements lorsqu'il s'agit de convertir les données en document « PDF ». En témoigne cet email du Dr A. à la plateforme MEDISPRING en date du 26 mai 2021¹¹ :

*« Bonjour, Je vous remercie de votre réponse.
Néanmoins, vous comprendrez qu'il m'est impossible d'imprimer un dossier de 100 consultations de cette façon. Cela engendrerait une énorme perte de temps que je ne peux me permettre . En effet, je dois faire "screen", copier dans Paint, imprimer (3 minutes pour la démarche, au moins !) pour 100 consultations ce qui équivaldrait à passer plus de 300 minutes pour un dossier.
D'autre logiciels (Epicure, CareConnect, HealthOne...) permettent l'impression en "pdf" sans problème. Ce n'est malheureusement pas la première fois que j'ai à me plaindre de ce logiciel (j'ai eu des lots eFacts bloqués à cause d'un bug de programmation, quand le logiciel ne sauvegardait pas ce que j'encodais, quand on a perdu les données de ma migration (pourtant effectuée 6-7 fois pour rien), quand on avait des soucis avec la fusion des dossiers, etc...) Je suis convaincu qu'il faudrait trouver une solution rapide à ce problème. MediSpring doit pouvoir proposer au minimum ce que peut faire la concurrence » .*

Le Dr A. et la SRL B. déposent également plusieurs conversations WhatsApp démontrant la réalité des téléconsultations.

Ils estiment que les téléconsultations réalisées ont bien fait l'objet d'un examen médical, d'avis circonstanciés et d'une prescription conformément aux instructions de l'INAMI et à l'article 8 de l'Arrêté royal n°20 du 13 mai 2020 portant des mesures temporaires dans la lutte contre la pandémie COVID-19 et visant à assurer la continuité des soins en matière d'assurance obligatoire soins de santé introduisant la prestation « 101135 » dans la Nomenclature de l'INAMI.

⁹ Pièce 24 du dossier du Dr A.

¹⁰ Pièce 26 du dossier du Dr A.

¹¹ Pièce 6 du Dr A.

Par ailleurs, il faut valoir que le SECM a réalisé une extrapolation (article 146, §2/1, de la loi SSI) injustifiée sur base de déclarations équivoques. L'extrapolation est irrégulière et illégitime. Le SECM ne fournit aucune des indications quant à la méthodologie afin d'identifier les 31 assurés constituant l'échantillon à la base de ses investigations. Le SECM ne fournit aucun élément quant à la pertinence de la base de sondage. Le SECM aurait pu auditionner les assurés et examiner les fichiers des O.A. pour corroborer ses soupçons. L'extrapolation est basée sur des déclarations équivoques du Dr A. et sorties de leur contexte : le SECM a dénaturé les déclarations du Dr A. Le SECM ne peut se fonder que sur des déclarations « *claires et sans équivoque* » ou « *catégoriques* ». Toute autorité administrative est soumise aux principes de bonne administration et au devoir de minutie. Ils soulignent que la preuve par présomptions peut être utilisée si elle repose sur un ou plusieurs faits certains. Seules les présomptions graves, précises et concordantes sont admissibles

➤ **Position de la Chambre de recours**

La cour constate que la réglementation est claire : même pendant la période COVID-19 et les circonstances exceptionnelles liées à cette pandémie, l'utilisation du code « *avis en vue de la continuité des soins* », implique l'anamnèse par téléphone d'un patient en traitement chez le médecin; patient qui pour des raisons bien motivées ne peut pas rencontrer le médecin en personne vu les avis concernant la pandémie COVID-19. Le médecin doit pouvoir identifier clairement son patient et note dans le dossier médical du patient le contact téléphonique, la raison motivée qui requiert cet avis, les conseils fournis, les adaptations éventuelles au schéma thérapeutique et la nature des documents délivrés. La seule mention au dossier d'un contact téléphonique est insuffisante.

Il s'agit d'exigences qui permettent à la fois de vérifier la réalité de la prestation mais aussi au patient d'avoir une trace des éléments relatifs à son suivi médical. Comme déjà indiqué ci-avant, la loi relative aux droits du patient du 22 août 2002 précise en son article 9 §1 que « *le patient a droit, de la part de son professionnel des soins de santé, à un dossier de patient soigneusement tenu à jour et conservé en lieu sûr* ». La transcription des paramètres normaux permet de connaître l'évolution de l'état de santé du patient. Ces données sont utiles à la continuité des soins, voire à la prise en charge du patient par un autre dispensateur de soin.

Or, force est de constater que dans les 31 dossiers médicaux examinés, 377 des 404 prestations contrôlées ne contenaient pas les informations requises.

Pour justifier l'absence des données requises, le Dr A. invoque deux arguments :

- Les circonstances exceptionnelles liées à la période COVID-19,
- Les problèmes avec le logiciel MediSpring.

✓ **Les circonstances exceptionnelles liées à la période COVID-19**

Ce sont justement ces circonstances exceptionnelles qui ont amené le gouvernement à adopter les mesures reprises dans l'Arrêté royal n° 20 portant des mesures temporaires dans la lutte contre la pandémie COVID-19 et visant à assurer la continuité des soins en matière d'assurance obligatoire soins de santé, afin de protéger le personnel soignant.

Le rapport au Roi qui précède cet AR précise notamment que :

« Conformément à l'article 2 de la loi du 27 mars 2020 habilitant le Roi à prendre des mesures de lutte contre la propagation du coronavirus COVID-19 (II), l'arrêté en projet vise à permettre de garantir l'accessibilité aux soins nécessaires afin de réagir à l'épidémie ou à la pandémie du coronavirus COVID-19 et d'en gérer les conséquences, notamment celles liées à la garantie de la santé publique suite aux mesures de confinement.

Les mesures visent à permettre que les soins nécessaires au regard de la situation actuelle soient fournis au patient. Ces mesures exigent une formalisation juridique urgente pour garantir la continuité des soins et une sécurité juridique pour les différents partenaires de l'assurance soins de santé. L'ensemble des mesures visent à préserver les intérêts du patient et ne peuvent avoir pour effet de diminuer leurs droits.

(...)

Les mesures énoncées aux articles 4 à 18 inclus sont des propositions rédigées en concertation avec les partenaires à leur demande ou après que les représentants des dispensateurs de soins ou les organismes assureurs aient pris contact avec l'INAMI au sujet des problèmes de continuité de soins nécessaire dans le cadre des mesures prises contre la propagation du virus. »

L'AR n°20 ne permet donc pas de déroger aux exigences minimales de mentions dans le dossier médical du patient, même si le nombre de consultations journalières étaient important.

En invoquant ces circonstances, le Dr A. reconnaît implicitement qu'il n'avait pas complété correctement le dossier médical de ses patients.

✓ **Les problèmes avec le logiciel MediSpring**

Le Dr A. produit en effet, d'une part des tickets du support de MediSpring datant de 2019 concernant des dossiers vides et, d'autre part, un courrier adressé par son assurance Euromex le 22 juin 2020 à MediSpring, soit *in tempore non suspecto* pour se plaindre de pertes de données et problèmes d'accès aux dossiers de patients. Il produit également des courriels adressés au service support de MediSpring en mai 2021.

Toutefois, ces documents sont insuffisants pour justifier le non-respect de la réglementation.

Les courriels adressés par le Dr A. au service support de MediSpring ne semblent pas avoir reçu de réponse ou, en tout cas, la réponse n'est pas produite par le Dr A.

Quant au courrier d'Euromex à MediSpring du 22 juin 2020, il repose sur les affirmations de son client (le Dr A.). Il indique que le DMI serait inutilisable car ne contenant que les nom et prénom de ses patients mais que les dossiers sont vides. On ignore la réponse donnée par MediSpring à ce courrier. Par ailleurs, le SECM souligne qu'il est inexact que les dossiers sont vides : on y retrouve des données comme les demandes d'examen, prescription de médicaments, résultats d'examen, etc...

Le SECM indique également que le Docteur A. avait dans un premier temps transmis ses données sous format csv. Le SECM n'a pu faire la lecture immédiate des dossiers et a donc requis la mise à disposition des dossiers médicaux sous format lisible, soit PDF. Néanmoins, dans un deuxième temps, il fut possible de lire les formats csv et le SECM a pu constater que les renseignements communiqués étaient identiques dans les deux formats. Il importe dès lors peu que le Dr A. ait été dans l'impossibilité de convertir les fichiers en PDF via le logiciel MediSpring.

La Chambre de recours s'étonne également que le Dr A., ayant manifestement constaté des pertes de données depuis 2019, n'ait pas mis en place un système de sauvegarde des données des patients, même via un support papier, et qu'il n'y ait eu aucune tentative de récupération des données.

Par conséquent, la Chambre de recours constate que rien ne permet d'étayer l'affirmation selon laquelle des données des patients auraient été perdues et seraient irrécupérables.

✓ **Autres éléments**

Le SECM s'est également étonné des éléments suivants :

- Pour 32 des patients de la Résidence J., une prestation « à distance » a été attestée le 18 mai 2020, et le lendemain, le 19 mai 2020, une prestation de visite et ce, à la phase aigüe de la pandémie ;
- La même constatation peut être faite pour les 8 et 9 juin 2020 où une prestation « à distance » 101135 « Avis en vue de la continuité des soins » a été attestée chez 34 patients de la Résidence J. le 8 juin 2020 et suivie d'une visite le lendemain, le 9 juin 2020.

A noter que ce point n'a pas fait l'objet d'un grief séparé dans le PVC même s'il pose question.

✓ **Conclusion concernant les 31 dossiers examinés par le SECM**

La Chambre de recours estime que le grief est établi vu l'absence de preuve de la disparition de données qui auraient été valablement encodées pour les 31 dossiers examinés (377 prestations sur 404). Les conversations WhatsApp produites ne peuvent remplacer des mentions dans le dossier médical du patient.

✓ **En ce qui concerne la généralisation/extrapolation**

L'extrapolation est un moyen de preuve permis par l'article 146, §2/1 de la loi ASSI¹².

« Pour constater les infractions visées à l'article 73bis et calculer la valeur des prestations indûment remboursées par l'assurance obligatoire soins de santé, le personnel d'inspection visé au § 1er peut entre autres utiliser la méthode de vérification par échantillonnage et extrapolation.

Cette méthode consiste à :

1° établir la base de sondage en identifiant et en définissant un ensemble de cas indépendants qui seront examinés;

¹² Cette disposition a été insérée par la loi du 18 décembre 2016, entrée en vigueur le 6 janvier 2017.

2° effectuer un tirage aléatoire dans cette base de sondage pour constituer un échantillon et documenter la méthode de tirage;

3° analyser les cas dans cet échantillon et calculer dans l'échantillon le pourcentage des montants indûment remboursés par l'assurance soins de santé obligatoire;

4° calculer la valeur en dessous de laquelle le pourcentage de la population que l'on cherche à estimer, a une probabilité inférieure à 2.5 % de se trouver;

5° utiliser cette valeur pour calculer le montant à récupérer pour toutes les prestations de la base de sondage. »

Dans son arrêt du 8 juillet 2016¹³, le Conseil d'Etat a décidé que la méthode d'extrapolation peut être valablement prise en considération si cette méthode, combinée avec d'autres indices de preuve, peut être considérée comme faisant partie des présomptions graves, précises et concordantes qui peuvent être mises à charge du dispensateur de soins et si les arguments soulevés sont pris en compte dans la motivation de la décision de la juridiction administrative¹⁴.

En l'espèce, le SECM fait valoir qu'il n'a pas eu recours à la méthode de l'extrapolation. Il s'agit en l'occurrence d'une « généralisation ». Le SECM a examiné les dossiers médicaux de 31 assurés (ainsi que 40 dossiers supplémentaires remis après l'audition du 6 septembre 2021) et a constaté l'absence de conformité avec la réglementation pour 377 prestations sur un total de 404 prestations examinées, soit 93,3 %.

Le SECM déclare avoir fait application des principes relatifs à la preuve en matière pénale. Lorsque, en matière répressive, la loi n'établit pas un mode spécial de preuve, le juge du fond apprécie souverainement en fait la valeur probante des éléments sur lesquels il fonde sa conviction et que les parties ont pu contredire; les présomptions de fait qu'il prend en considération ne doivent pas remplir les conditions de l'article 1353 de l'ancien Code civil (désormais article 8.29 du nouveau code civil)¹⁵.

En l'espèce, le SECM estime qu'il était autorisé à établir la preuve de l'infraction en procédant à une « généralisation » sur la base de l'analyse d'un échantillon de dossiers et eu égard aux déclarations du Dr A. lors de son audition. Les dossiers ont été examinés avant, pendant et après l'audition du 6 septembre 2021. Lors de son audition, le Docteur A. a admis que la proportion de prestation 101135 avec une absence de note ou la présence de notes génériques de type « réponse(s) au(x) question(s) » ou la présence de notes relatives à des prescription pharmaceutiques telle que déterminée sur cet échantillon était représentative à la réalité de sa pratique, soit 93,3 %. Il a également indiqué « avoir été négligent par rapport à la tenue des dossiers », « ne pas avoir eu le temps de noter », « ne pas avoir été rigoureux ». S'il a effectivement invoqué des bugs informatiques, il a d'abord déclaré que ces bugs avaient commencé en 2020 et, ensuite, qu'ils avaient commencé en 2019...

¹³ C.E.(6e ch.), 8 juillet 2016, n° 235.399.

¹⁴ Voir également CE (7^{ème} ch) 28 septembre 2017, n°239.245 NV Aqtor en Thomas Deraed

¹⁵ Cass , 28 mai 1986, n°4852, disponible sur Juportal, voy CUYKENS, S , HOLZAPFEL, D et KENNES, L , « II - La charge de la preuve - De la preuve par présomption et des autres moyens d'alléger la charge de la preuve » in La preuve en matière pénale, 1ère édition, Bruxelles, Larcier, 2015, p 29

La chambre de première instance constate que, tant dans le cadre de l'extrapolation que de la généralisation, il est question de présomptions graves, précises et concordantes¹⁶.

L'article 8.29 du nouveau code civil dispose que :

*« Les présomptions de fait ne peuvent être admises que dans les cas où la loi admet la preuve par tous modes de preuve.
Leur valeur probante est laissée à l'appréciation du juge, qui ne doit les retenir que si elles reposent sur un ou plusieurs indices sérieux et précis. Lorsque la présomption s'appuie sur plusieurs indices, ceux-ci doivent être concordants. »*

Les présomptions sont en réalité une mesure d'économie de la charge de la preuve : il s'agit de déduire d'un fait connu un autre fait inconnu, de sorte que la démonstration de deux faits, se satisfait de la démonstration d'un seul d'entre eux¹⁷.

En l'espèce, la Chambre de première instance estime que les constatations effectuées suite à l'examen des 31 dossiers concernant les prestations 10135 peuvent être généralisées à l'ensemble de ces prestations. Il ne s'agit pas de mettre en cause la réalité même des prestations mais de constater que les exigences prévues par l'AR n°20 n'ont pas été respectées, en tenant compte des déclarations du Dr A., reconnaissant qu'il avait été négligent concernant la tenue des dossiers médicaux et concernant l'absence de preuve de la réalité de la disparition des données médicales des patients concernés. Le Dr A. n'a également pas démontré qu'il avait tenté de récupérer ou de sauvegarder les données médicales par d'autres moyens.

Les résultats de l'examen des dossiers par le SECM, l'examen des données des organismes assureurs, les déclarations du Dr A. (indiquant à plusieurs reprises avoir manqué de rigueur) et l'absence de crédit de l'affirmation de la perte de données (et l'impossibilité de les récupérer) en raison de bugs informatiques sont autant d'éléments précis, graves et concordants qui peuvent conduire à une généralisation du grief.

Le grief est dès lors établi. L'indu s'élève à 84.740 €.

CONCLUSION:

Les 5 griefs sont établis pour tous les cas repris dans la note de synthèse.

Le Dr A. et la SRL B. sont donc condamnés solidairement au remboursement de l'indu total, soit 141.067,77 €.

A l'audience du 25 septembre 2025, le SECM a indiqué que le Dr A. avait déjà procédé au remboursement de la somme de 18.000 €.

Au sujet du solde de l'indu, le Dr A. sollicite l'octroi d'un plan de paiement raisonnable lui permettant de rembourser la somme due tout en lui permettant de poursuivre son activité dans des conditions décentes.

¹⁶ Voir l'arrêt du 8 juillet 2016 du conseil d'état concernant l'extrapolation.

¹⁷ CUYKENS, S , HOLZAPFEL, D et KENNES, L , « II - La charge de la preuve - De la preuve par présomption et des autres moyens d'alléger la charge de la preuve » in La preuve en matière pénale, 1ère édition, Bruxelles, Larcier, 2015, p 29

A défaut de toute pièce probante établissant la situation financière actuelle du Dr A. et de la SRL B., la Chambre de première instance est dans l'impossibilité de statuer sur la demande de plan de paiement. Il appartiendra au Dr A. et à la SRL B. de s'adresser au SECM afin de convenir d'un plan d'apurement.

5.4. En ce qui concerne l'amende

➤ Principes

Le régime de sanctions applicable aux faits litigieux est repris à l'article 142, §1^{er}, al. 1^{er}, 1° et 2° de la loi ASSI :

« 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° 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°;*

*2° le remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé, et/ou une amende administrative comprise entre **5 % et 150 %** du montant de la valeur des mêmes prestations en cas d'infraction aux dispositions de l'article 73bis, 2°; »*

La Chambre de recours peut décider qu'il sera sursis, en tout ou en partie, à l'exécution des décisions infligeant les amendes, selon l'article 157, § 1, alinéa 1, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994. L'octroi du sursis est par conséquent laissé à l'appréciation de la Chambre de recours.

Le sursis, d'une durée d'une à trois années, peut être accordé lorsque dans les trois ans précédant le prononcé, aucune amende administrative n'a été infligée et qu'aucun remboursement de prestations indues n'a été imposé à l'intéressé par une instance administrative ou juridictionnelle instituée au sein ou auprès de l'INAMI, selon l'article 157, § 1, alinéa 2, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

➤ Application en l'espèce

La Chambre de première instance a infligé les amendes suivantes au docteur A. :

- Pour le grief 1 : une amende de 150 % (4.722,46 €) du montant de la valeur des prestations à rembourser, dont 100 % (3.148,31 €) en amende effective et 50 % (1.574,15 €) en amende avec sursis, soit une amende effective à payer de 3.148,31 € (article 142, §1^{er}, 1° de la loi SSI) ;
- Pour les griefs 2 à 5 : une amende administrative de 100 % (137.916,46 €) du montant de la valeur des prestations à rembourser, dont 50 % (68.958,23 €) en amende effective et 50 % (68.958,23 €) en amende avec sursis, soit une amende effective à payer de 68.958,23 € (article 142, §1^{er}, 2° de la loi SSI) une amende de 50 % du montant des prestations non conformes indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé (art 142, § 1^{er}, 2° loi ASSI).

Rectifiée par la décision du 21.11.2025 :

- il y a donc lieu de rectifier la décision du 10 novembre 2025 comme suit :

« La Chambre de première instance a infligé les amendes suivantes au docteur A. :

- Pour le grief 1 : une amende de 150 % (4.722,46 €) du montant de la valeur des prestations à rembourser, dont 100 % (3.148,31 €) en amende effective et 50 % (1.574,15 €) en amende avec sursis, soit une amende effective à payer de 3.148,31 € (article 142, §1er, 1° de la loi SSI) ;
- Pour les griefs 2 à 5 : **une amende administrative de 50 % (68.958,23 €) du montant de la valeur des prestations à rembourser, dont 50 % (34.479,11 €) en amende effective et 50 % (34.479,11 €) en amende avec sursis, soit une amende effective à payer de 34.479,11 € (article 142, §1er, 2° de la loi SSI).** »

Dominique
Honvault
(Signature)

Digitally signed by
Dominique Honvault
(Signature)
Date: 2025.11.21 15:29:52
+01'00'

La Chambre de recours estime qu'il y a lieu de revoir partiellement ces amendes comme suit :

- Pour le grief 1 : une amende de 100 % (3.148,31 €) du montant de la valeur des prestations à rembourser, assortie d'un sursis total d'une durée de 3 ans (article 142, §1er, 1° de la loi SSI). S'il est établi qu'il y a bien eu un double remboursement et que le Dr A. a donc perçu un indu, les éléments de fait ne permettent pas d'établir qu'il s'agissait d'un comportement frauduleux dans le chef du Dr A. et qu'il avait constaté les doubles remboursements. La Chambre de recours est toutefois interpellée par le fait que des prestations ont été facturées via eAttest (remboursement au patient) et via eFact (remboursement au dispensateur des soins);
- Pour les griefs 2 à 5 : une amende administrative de 100 % (137.916,46 €) du montant de la valeur des prestations à rembourser, dont 50 % (68.958,23 €) en amende effective et 50 % (68.958,23 €) en amende avec sursis de 3 ans, soit une amende effective à payer de 68.958,23 € (article 142, §1er, 2° de la loi SSI).

La Chambre de première instance retient que les prestations non conformes reposent essentiellement sur la négligence du Dr A. et le contexte sanitaire de l'époque avec un grand nombre de prestations à accomplir pour assortir le montant de l'amende d'un sursis de 50 %.

Toutefois, la Chambre de première instance est interpellée par le recours intensif à la facturation en tiers payant (plus de 95 %) et le fait que le docteur A. se situe au percentile 99,74 pour le nombre de visites entre 18 et 21 heures, au percentile 99,53 pour le nombre de visites pour 3 bénéficiaires et plus et au percentile 99,48 pour le nombre d'avis en vue de la continuité des soins (COVID). Certains éléments du dossier, qui n'ont pas fait l'objet de griefs, posent également question :

- Au sein de la résidence J. : l'analyse transversale des prestations liées aux résidents de la Résidence J. indique que ces résidents ont tous les mêmes données, exprimées dans les mêmes termes, le même jour notamment la pression artérielle. Des téléconsultations pour l'ensemble des résidents ont, à deux reprises, été suivies de visites à la résidence le lendemain ;
- Le taux de prestations effectué en faveur de membres de sa famille (parents, femme, enfants et frère) est également très élevé : durant la période contrôlée, 607 prestations furent attestées au nom de membres de la famille directe en ce compris à son épouse (pédiatre infectiologue) et à ses deux enfants pour un montant total de 17.813, 96 €, soit une moyenne de 468,79 €/mois. Ces prestations consistent en consultation au cabinet, en visites durant les heures ouvrables, en visites après 18 heures, en visites après 21 heures et en téléconsultations, en ce compris pour l'épouse du prestataire et ses enfants, domiciliés à la même adresse. Le contrôle du dossier médical de l'épouse montre la seule note « angoisse » comme documentation d'une « visite après 21 heures » Le contrôle du dossier médical du frère du prestataire, par ailleurs son secrétaire, montre pour seule note d'une consultation au cabinet « CPAS »

Rectifiée par la décision du 21.11.2025 :

- Il convient dès lors de rectifier ce paragraphe de la page 31 comme suit :

« La Chambre de recours estime qu'il y a lieu de revoir partiellement ces amendes comme suit :

- *Pour le grief 1 : une amende de 100 % (3.148,31 €) du montant de la valeur des prestations à rembourser, assortie d'un sursis total d'une durée de 3 ans (article 142, §1er, 1° de la loi SSI). S'il est établi qu'il y a bien eu un double remboursement et que le Dr A. a donc perçu un indu, les éléments de fait ne permettent pas d'établir qu'il s'agissait d'un comportement frauduleux dans le chef du Dr A. et qu'il avait constaté les doubles remboursements. La Chambre de recours est toutefois interpellée par le fait que des prestations ont été facturées via eAttest (remboursement au patient) et via eFact (remboursement au dispensateur des soins);*
- *Pour les griefs 2 à 5 : **une amende administrative de 50 % (68.958,23 €) du montant de la valeur des prestations à rembourser, dont 50 % (34.479,11 €) en amende effective et 50 % (34.479,11 €) en amende avec sursis de 3 ans (article 142, §1er, 2° de la loi SSI).***

La Chambre de première instance retient que les prestations non conformes reposent essentiellement sur la négligence du Dr A. et le contexte sanitaire de l'époque avec un grand nombre de prestations à accomplir pour assortir le montant de l'amende d'un sursis de 50 %. »

Dominique
Honvault
(Signature)

Digitally signed by
Dominique Honvault
(Signature)
Date: 2025.11.21 15:30:39
+01'00'

Comme l'a indiqué la Chambre de première instance dans sa décision, il convient de rappeler au Dr A. le strict respect de la NPS d'autant que l'existence d'un grand nombre de facturations de ce code 101135 par jour, outre les visites et les consultations, laisse planer un sérieux doute quant à la réalité des prestations, réalité impossible matériellement à vérifier !

5.5. Exécution provisoire

Les décisions de la Chambre de recours sont exécutoires de plein droit par provision, nonobstant tout recours, selon l'article 156, § 1er, alinéa 1, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

Dans le cas où le débiteur ne s'acquitte pas des sommes dues, les organismes assureurs en application de l'article 206bis, § 1er, ou l'Administration générale de la perception et du recouvrement en application de l'article 206bis, § 2, peuvent être chargés du recouvrement des montants dus, selon l'article 156, § 1er, alinéa 3, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

En l'espèce, la présente décision est exécutoire de plein droit par provision.

PAR CES MOTIFS,

LA CHAMBRE DE RECOURS,

Après en avoir délibéré et statuant contradictoirement à l'égard des parties ;

Les Docteurs Dominique THIBAUX, Eric VAN UYTVEN, Virginie MOUYSET et Abdallah KANFAOUI ayant rendu leur avis sans prendre part à la décision ;

- Déclare l'appel recevable et partiellement fondé ;
- Confirme la décision de la Chambre de première instance en ce qui concerne le fondement des 5 griefs et la condamnation solidaire du Dr A. et de la SRL B. au paiement de l'indu de 141.064,77 €;
- Réforme partiellement la décision de la Chambre de première instance en ce qui concerne l'amende et condamne le Dr A. au paiement des amendes suivantes :
 - Pour le grief 1 : une amende de 100 % (3.148,31 €) du montant de la valeur des prestations à rembourser, assortie d'un sursis total d'une durée de 3 ans (article 142, §1er, 1° de la loi SSI).;
 - Pour les griefs 2 à 5 : une amende administrative de 100 % (137.916,46 €) du montant de la valeur des prestations à rembourser, dont 50 % (68.958,23 €) en amende effective et 50 % (68.958,23 €) en amende avec sursis de 3 ans, soit une amende effective à payer de 68.958,23 € (article 142, §1er, 2° de la loi SSI) ;
 -

- Constate que le Dr A. et la SRL B. se sont déjà acquittés de la somme de 18.000 € ;
- Dit que la présente décision est exécutoire de plein droit par provision nonobstant tout recours.

La présente décision est rendue, après délibération, par la Chambre de recours instituée auprès du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI, composée de Madame Pascale BERNARD, Présidente, des Docteurs Dominique THIBAUD, Eric VAN UYTVEN, Virginie MOUYSET et Abdallah KANFAOUI, membres.

La présente décision est prononcée à l'audience du 10 novembre 2025 par Madame Pascale BERNARD, présidente, assistée de Madame Dominique HONVAULT, greffière.

**Dominique
Honvault
(Signature)**

Digitally signed by
Dominique Honvault
(Signature)
Date: 2025.11.10
12:17:09 +01'00'

Dominique HONVAULT
Greffière

**Pascale
Bernard
(Signature)**

Signature
numérique de
Pascale Bernard
(Signature)
Date : 2025.11.10
12:09:35 +01'00'

Pascale BERNARD
Présidente

Rectifiée par la décision du 21.11.2025 :

- Il y a lieu de rectifier ce dispositif comme suit :

« Après en avoir délibéré et statuant contradictoirement à l'égard des parties ;

Les Docteurs Dominique THIBAUD, Eric VAN UYTVEN, Virginie MOUYSET et Abdallah KANFAOUI ayant rendu leur avis sans prendre part à la décision ;

- *Déclare l'appel recevable et partiellement fondé ;*
- *Confirme la décision de la Chambre de première instance en ce qui concerne le fondement des 5 griefs et la condamnation solidaire du Dr A. et de la SRL B. au paiement de l'indu de 141.064,77 €;*
- *Réforme partiellement la décision de la Chambre de première instance en ce qui concerne l'amende et condamne le Dr A. au paiement des amendes suivantes :*
- *Pour le grief 1 : une amende de 100 % (3.148,31 €) du montant de la valeur des prestations à rembourser, assortie d'un sursis total d'une durée de 3 ans (article 142, §1er, 1° de la loi SS).;*
- *Pour les griefs 2 à 5 : une amende administrative de 50 % (68.958,23 €) du montant de la valeur des prestations à rembourser, dont 50 % (34.479,11 €) en amende effective et 50 % (34.479,11 €) en amende avec sursis de 3 ans (article 142, §1er, 2° de la loi SS).*
- *Constata que le Dr A. et la SRL B. se sont déjà acquittés de la somme de 18.000 € ;*
- *Dit que la présente décision est exécutoire de plein droit par provision nonobstant tout recours ».*

Dominique
Honvault
(Signature)

Digitally signed by
Dominique Honvault
(Signature)
Date: 2025.11.21 15:31:14
+01'00'