

**DECISION DU FONCTIONNAIRE-DIRIGEANT DU 2 JUIN 2022  
BRS/F/22-001**

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

**Décision prise en vertu de l'article 143 §§ 1, 2 et 3 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.**

**1 GRIEF(S) FORMULE(S)**

Trois griefs ont été formulés (voir pour le détail la note de synthèse précitée) concernant le Docteur A., suite à l'enquête menée par les inspecteurs du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI.

En résumé, il lui est reproché :

**1.1 Premier grief**

**Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer des documents réglementaires permettant le remboursement des prestations de santé lorsque les prestations n'ont pas été effectuées ou fournies**

Infraction visée à l'article 73bis, 1° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 et tombant sous l'application du prescrit de l'article 142 § 1er, 1° de ladite loi.

**1.1.1. *Principe général* :**

Les prestations ne sont remboursables par l'assurance soins de santé que pour autant qu'elles soient dûment effectuées au bénéfice de l'assuré.

C'est d'ailleurs la raison pour laquelle une « attestation de soins donnés » est établie et signée par le dispensateur de soins, selon la procédure définie à l'art. 53, alinéa 1er de la LC du 14/04/1994 qui dispose :

Loi 10/04/2014 - M.B. 30/04/2014 – d'application à partir du 01/07/2015

« (...) »

Les dispensateurs de soins dont les prestations donnent lieu à une intervention de l'assurance sont tenus de remettre aux bénéficiaires ou, dans le cadre du régime du tiers payant, aux organismes assureurs, une attestation de soins ou de fournitures ou un document équivalent dont le modèle est arrêté par le Comité de l'assurance, où figure la mention des prestations effectuées; pour les prestations reprises à la nomenclature visée à l'article 35, § 1er, cette mention est indiquée par le numéro d'ordre à ladite nomenclature, (...).

(...)

Sans préjudice des obligations établies en vertu de l'article 320 du Code des impôts sur les revenus 1992, les documents visés à l'alinéa 1er sont remplacés par une transmission de données par le dispensateur de soins aux organismes assureurs au moyen d'un réseau électronique, selon les modalités administratives déterminées par le Comité de l'assurance.  
(...)

### **1.1.2. Base réglementaire du grief :**

#### Article 2, C de la N.P.S.

"A.R. 19.2.2013" (en vigueur 1.5.2013) 101032	Consultation au cabinet par un médecin généraliste	N 8
"A.R. 19.2.2013" (en vigueur 1.5.2013) 103132	Visite par le médecin généraliste	N 5,6 + D 4 + E 1
"A.R. 19.2.2013" (en vigueur 1.5.2013) 104215	Visite effectuée entre 18 heures et 21 heures par le médecin généraliste	N 5,6 + D 11,99 + E 1
"A.R. 19.2.2013" (en vigueur 1.5.2013) 104230	Visite effectuée entre 21 heures et 8 heures par le médecin généraliste	N 5,6 + D 33,99 + E 1
"A.R. 19.2.2013" (en vigueur 1.5.2013) 104252	Visite effectuée un samedi, un dimanche ou un jour férié, entre 8 heures et 21 heures, par le médecin généraliste	N 5,6 + D 13,99 + E 1

### **1.1.3. Argumentation :**

Il apparait que sont portées en compte des prestations non effectuées.

Il s'agit de 857 prestations non effectuées relatives à 585 assurés, en l'occurrence 785 prestations attestées pendant 2 séjours du Dr A. au Liban ainsi que de 72 prestations non effectuées chez 11 assurés, mises en lumière lors de l'audition de 8 assurés.

Le grief est retenu pour 725 prestations 101032, 81 prestations 103132, 1 prestation 104215, 2 prestations 104230, 48 prestations 104252 concernant la période du 25/12/2017 au 31/12/2019 (dates de prestation)

La période correspondante de réception aux O.A. s'étend du 28/1/18 au 31/1/2020.

Le détail du grief figure aux pages 7 à 30 de la note de synthèse.

### **1.1.4. Conclusion**

Le grief concerne 857 prestations pour 585 assurés.

L'indu correspondant s'élève à **18.312,92 €**

Le docteur A. n'a pas contesté le grief et a effectué un remboursement total de l'indu en date du 19/1/2021.

## 1.2 Deuxième grief

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

Infraction visée à l'art 73bis, 2° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 et tombant sous l'application du prescrit de l'article 142 § 1er, 2° de ladite loi.

### 1.2.1 **Base réglementaire du grief :**

Article 2. A et B de la N.P.S.

#### **Art. 2."**

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

#### **"A. Avis**

109012

Avis

N

2

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."

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

#### **"B. Consultations au cabinet"**

" (...)

101032

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

Consultation au cabinet par un médecin généraliste

N

8

### 1.2.2 **Argumentation**

En l'espèce, il s'agit de 7.151 prestations 101032 (consultation) non conformes parce qu'attestées à la place de prestations 109012 (avis) (Le détail du grief se trouve aux pages 31 à 34 de la note de synthèse).

Les prestations reprochées concernent la période du 1/1/2018 au 31/12/2019.

La période correspondante de réception aux O.A. s'étend du 28/1/2018 au 29/2/2020.

L'indu correspondant s'élève à **111.341,07 €**.

Il s'agit de l'indu différentiel dont le calcul a été le suivant :

Pour la période du 1/1/2018 au 31/12/2019 (dates de prestation), 38.989 prestations 101032 ont été attestées par le docteur A., pour un montant total de 730.484,51 €.

La liste de ces 38.989 prestations 101032 a été annexée au procès-verbal de constat daté du 8/1/2021 à charge du docteur A. (annexe 1 pour l'année 2018 et annexe 2 pour l'année 2019).

A noter que si des numéros-codes 109012 avaient été attestés à la place de numéros-codes 101032, le montant total payé aurait été de 123.442,12 €. La différence moyenne de valeur entre une prestation 101032 et une prestation 109012 est donc de 15,57 €.

Selon les déclarations du docteur A., 20% des prestations 101032 qu'il a attestées, soit 7.797 prestations, l'ont été non pour des consultations mais pour des actes soit non attestables soit attestables sous le numéro-code 109012 « Avis ».

Le montant payé correspondant à ces 7.797 prestations 101032 est de 146.096,90 €.

Dans le cas de figure le plus favorable pour le docteur A., 100% des 7.797 prestations 101032 auraient pu être attestées sous le numéro-code 109012 et le montant maximal des remboursements aurait été de 24.688.42 €, d'où un indu différentiel de 121.408,48 €.

Pendant il faut retrancher de ce nombre de 7.797 prestations non conformes, les 646 prestations 101032 non effectuées reprochées sous le premier grief et dont la date se situe entre le 1/1/2018 et le 31/12/2019.

### 1.2.3. Conclusion

Le nombre de prestations 101032 non conformes est de 7.151 et l'indu différentiel total pour la période du 1/1/2018 au 31/12/2019 (dates de prestation) s'élève à **111.341,07 €**.

Le Docteur A. n'a pas contesté le grief et a remboursé la totalité de l'indu en date du 30/9/2021.

### **1.3.Troisième grief**

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

Infraction visée à l'art 73bis, 2° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 et tombant sous l'application du prescrit de l'article 142 § 1er, 2° de ladite loi

### **1.3.1 Base réglementaire du grief :**

#### Article 2, C de la N.P.S.

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

103132                    Visite par le médecin généraliste    N 5,6 +    D 4 +    E 1

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

104252                    Visite effectuée un samedi, un dimanche ou un jour férié, entre 8 heures et 21 heures, par le médecin généraliste    N 5,6 +    D 13,99 +    E 1

#### Article 2, F, 3. de la N.P.S.

"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 spécifiés 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.

### **1.3.2. Argumentation :**

Il s'agit de 592 prestations 104252 (visites à domicile urgentes durant le week-end ou un jour férié) non conformes parce qu'attestées à la place de prestations 103132 (visites à domicile non urgentes) (Le détail du grief se trouve aux pages 35 à 37 de la note de synthèse).

Les prestations reprochées concernent la période du 1/1/2018 au 31/12/2019.

La période correspondante de réception aux O.A. s'étend du 28/1/2018 au 31/1/2020.

L'indu correspondant s'élève à **9.116,80 €**.

Il s'agit de l'indu différentiel dont le calcul a été le suivant :

Pour la période du 1/1/2018 au 31/12/2019 (dates de prestation), 1.256 prestations 104252 ont été attestées par le docteur A., pour un montant total de 56.906,30 €.

La liste de ces 1.256 prestations 104252 a été annexée au procès-verbal de constat daté du 8/1/2021 à charge du docteur A..

A noter que si des numéros-codes 103132 avaient été attestés à la place de numéros-codes 104252, le montant total payé aurait été de 37.553,77 €. La différence moyenne de valeur entre une prestation 104252 et une prestation 103132 est donc de 15,40 €.

Selon les déclarations du docteur A., 50% des visites à domicile de week-end qu'il a attestées sous le numéro-code 104252, soit 628 prestations, n'avaient pas de caractère d'urgence et auraient dû être attestées sous le numéro-code 103132.

Cependant il faut retrancher de ce nombre de 628 prestations non conformes, les 36 prestations 104252 non effectuées reprochées sous le premier grief et dont la date se situe entre le 1/1/2018 et le 31/12/2019.

### **1.3.3.Conclusion**

Le nombre de prestations 104252 non conformes est de 592 et l'indu différentiel total pour la période du 1/1/2018 au 31/12/2019 (dates de prestation) s'élève à **9.116,80 €**.

Le docteur A. n'a pas contesté le grief et a complètement remboursé l'indu en date du 19/1/2021.

Pour ces griefs, l'indu total a été évalué à 138.770,79 euros.

Le Docteur A. a procédé au remboursement de la somme de 138.770,81 euros.

## **2 DISCUSSION**

### **2.1. Moyens de défense**

Dans les moyens de défense transmis par le Docteur A., reçus le 11 mars 2022, ce dernier déclare, concernant les prestations du grief visées au point 4.1.2. de la note de synthèse, qu'il est toujours en contact avec ses patients. Par ce contact régulier avec ceux-ci, il évite une augmentation des prestations relevant des urgences. Il considère, qu'au lieu de prévoir l'annulation des prestations visées, il aurait pu être considéré que ces prestations étaient des avis rendus aux patients.

En ce qui concerne Monsieur B. avant de découvrir son RCUH, il a fallu plusieurs consultations et rendez-vous de gastroentérologie chez le Docteur C. avec réalisation d'une colonoscopie et d'une échographie qui ont été suivis régulièrement pour trouver le traitement adéquat.

Pour la patiente Madame D., il n'a jamais été à son domicile mais il s'est déplacé sur les lieux de travail de cette dernière situés notamment rue des Bouchers et sur la Grand-place. Il a donc fait des déplacements. Les patrons des restaurants de sa patiente pourraient en témoigner. Madame D. a voulu apporter des précisions sur ses déplacements sur son lieu de travail mais on aurait refusé de la revoir.

Concernant la patiente Madame E., il n'a jamais refusé de transmettre le dossier informatique qui ne lui a jamais été demandé. Il joint celui-ci à ses moyens de défense.

Pour le patient Monsieur F., il vient toujours avec sa femme et les deux enfants et il insiste pour que tout le monde soit examiné à ces occasions.

En ce qui concerne les patients Mesdames G., H., et I., ainsi que leurs familles, il a rempli son devoir en tout âme et conscience.

Enfin, Madame K. a consulté énormément de médecins et a été aux urgences sans que l'on ait trouvé sa pathologie. Quand il a repris son dossier, il a fallu plusieurs consultations pour poser un diagnostic de sarcoïdose. Il a rempli son devoir en tout âme et conscience.

## **2.2. Fondement des griefs :**

### ***2.2.1. Sur le bien fondé du premier grief :***

Dans ses moyens de défense, le Docteur A. soulève que, concernant les prestations du grief visées au point 4.1.2. de la note de synthèse, il est toujours en contact avec ses patients. Par ce contact régulier avec ceux-ci, il évite une augmentation des prestations relevant des urgences. Il considère, qu'au lieu de prévoir l'annulation des prestations visées, il aurait pu être considéré que ces prestations étaient des avis rendus aux patients.

En ce qui concerne les prestations du grief 1 datées du 25/12/2017 au 7/1/2018 et du 29/12/2018 au 8/1/2019, le SECM estime, sur la base notamment des visas du passeport du Docteur A. qui attestent de deux séjours au Liban du 24/12/2017 au 8/01/2018 et du 28/12/2018 au 9/01/2019, que ces prestations n'ont pas été effectuées.

Les explications du Docteur A. selon lesquelles il reste toujours en contact avec ses patients y compris lorsqu'il était au Liban via le téléphone et le courriel sont peu crédibles. Le SECM relève, par ailleurs, que le Docteur A. n'apporte, dans ses moyens de défense, aucun élément de nature à étayer ses affirmations et à remettre en cause les constats qui ont été opérés par le service.

En ce qui concerne Monsieur B., le Docteur A. soulève que, avant de découvrir la rectolite hémorragique de son patient, il a fallu plusieurs consultations et rendez-vous de gastroentérologie chez le Docteur C. avec réalisation d'une colonoscopie et d'une échographie qui ont été suivis régulièrement pour trouver le traitement adéquat.

Le SECM estime que les précisions apportées par le Docteur A. dans ses moyens de défense ne remettent pas en cause les éléments relevés lors de l'enquête menée par le service.

En effet, le patient B. a déclaré que « *Au début de mon incapacité j'allais une fois par mois chez le Docteur A.. Depuis certainement début 2019 et déjà auparavant (je ne peux pas préciser davantage), je n'y vais plus qu'une fois tous les deux mois. Il n'y a pas eu d'exception à ce rythme, certainement pas en 2019.* ».

L'analyse des notes encodées dans le dossier informatique du patient a révélé que les consultations aboutissant à la rédaction d'un certificat d'incapacité de travail pour une durée invariable de 2 mois sont effectivement mentionnées. Le service a dès lors considéré ces prestations comme réelles et les autres consultations comme ayant été faussement créées dans HealthOne et retenues à charge du docteur A. qui a notamment reconnu lors de l'enquête avoir porté en compte des consultations pour des actions dans les dossiers médicaux informatisés alors que les assurés n'étaient pas présents.

Concernant la patiente Madame D., le Docteur A. explique, dans ses moyens de défense, qu'il n'a, en effet, jamais été à son domicile mais qu'il s'est déplacé sur les lieux de travail de sa patiente situés notamment rue des Bouchers et sur la Grand-place. Il a donc fait des déplacements. Les patrons des restaurants de sa patiente pourraient en

témoigner. Madame D. a voulu apporter des précisions sur ses déplacements sur son lieu de travail mais on aurait refusé de la revoir.

Le SECM relève que le Docteur A. n'apporte pas d'éléments à l'appui de ses affirmations dans ses moyens de défense qui sont, par ailleurs, contredites par les déclarations qui ont été faites par la patiente qui a expliqué que (nous soulignons):

*« Depuis début 2017 je n'y suis jamais allée plus d'une fois par mois, j'en suis certaine. A chaque consultation le Dr A. me donne un rendez-vous pour la consultation suivante. Le Dr A. n'est jamais venu à mon domicile depuis que je le connais. J'en suis absolument certaine. C'est toujours moi qui vais chez lui. ».*

Il n'est pas crédible d'avancer que certains déplacements ont eu lieu sur les lieux de travail de Madame D. qui précise bien dans ses déclarations que c'est toujours elle qui va chez le Docteur A. L'assurée n'aurait pas manqué d'apporter cette nuance lors de ses déclarations si ces déplacements vers le lieu de travail avaient eu lieu. L'assurée n'a par ailleurs pas apporté de précisions complémentaires ultérieures aux déclarations faites lors de son audition.

Toutes les visites en déplacement restent retenues comme ayant été non effectuées, les consultations n'étant pas reprochées au docteur A.

Le Docteur A. explique n'avoir jamais refusé de transmettre le dossier informatique de la patiente Madame E. qui ne lui a jamais été demandé. Il joint celui-ci à ses moyens de défense.

Eu égard au dossier informatique de la patiente Madame E. qui a été transmis en annexe aux moyens de défense, il n'y a plus lieu de retenir à grief les onze prestations 101032. Le montant de l'indu réclamé doit, dès lors, être adapté. Ces prestations pouvant être attestées, elles pouvaient donner lieu au remboursement du montant de 195, 69 euros (17,79 euros x11).

L'indu total réclamé au titre du premier grief doit donc être corrigé et ramené à un montant de 18.117,23 euros.

Le Docteur A. relève dans ses moyens de défense qu'en ce qui concerne le patient Monsieur F., celui-ci vient toujours avec sa femme et les deux enfants et qu'il insiste pour que tout le monde soit examiné à ces occasions.

Le SECM relève que le Docteur A. n'apporte pas d'éléments à l'appui de ses affirmations qui sont contredites par les déclarations qui ont été faites par l'assuré.

Durant son audition du 10/2/2020, Monsieur F. a en effet déclaré (nous soulignons):

*« ... Je connais le Dr A. depuis environ début 2017. C'est le médecin traitant de toute ma famille. Quand je vais chez le Dr A., c'est soit un ami (le plus souvent) soit ma femme qui me conduit. Je ne conduis pas moi-même, à cause des médicaments. Quand j'ai une crise d'angoisse et qu'il n'y a personne pour me conduire (ma femme devant s'occuper des enfants), c'est le Dr A. qui vient chez moi. Il vient parfois le week-end, même le dimanche. J'ai deux enfants de ma deuxième femme, Madame L : Y., qui a 8 ans, et Z., qui a 5 ans. Quand un enfant est malade, nous allons tous les quatre chez le Dr A.. Il n'est jamais arrivé qu'ils étaient malades les deux en même temps. Il n'y a jamais eu de*



consultation pour les deux enfants le même jour, parfois pour un enfant et moi-même, plus souvent pour ma femme et moi-même... ».

Durant son audition du 3/8/2020 le Docteur A. a transmis la copie papier des dossiers informatisés des deux enfants Y. et Z. L'analyse de ces dossiers révèle que les notes encodées ne sont pas fiables. Dans les cas où le dispensateur a porté en compte une consultation le même jour pour les 2 frères, est retenue à grief la consultation la moins documentée d'après le dossier.

Dans ses moyens de défense, le Docteur A. relève que Madame K. a consulté énormément de médecins et a été aux urgences sans que l'on ait trouvé sa pathologie. Quand il a repris son dossier, il a fallu plusieurs consultations pour poser un diagnostic de sarcoïdose. Il a rempli son devoir en tout âme et conscience.

Le Service ne conteste pas les consultations 101032 portées en compte au nom de Madame K. mais retient comme étant des prestations non effectuées les visites en déplacement sous le code 104252 correspondant à une visite durant le week-end ou un jour férié.

L'assurée a en effet déclaré lors de son audition du 24/02/2020 (nous soulignons) :

*« ... Mon médecin traitant est le Dr A. depuis 2016...En 2018 et 2019 je suis allée chez le Dr A. au minimum 2 fois par mois, parfois plus. C'est toujours moi qui suis allée chez le Dr A., il n'est jamais venu chez moi... Je vais toujours chez le Dr A. avec mon mari, c'est lui qui me conduit... ».*

En ce qui concerne les patients Mesdames G., et I., et Monsieur H., ainsi que leurs familles, le docteur A. déclare dans ses moyens de défense avoir rempli son devoir en tout âme et conscience mais ne fait pas état d'éléments de nature à remettre en cause les constats établis par le SECM lors de l'enquête.

Il ressort du dossier que les éléments matériels et constitutifs du grief n°1 sont réunis et prouvés notamment au regard des éléments suivants:

- les résultats de l'examen du passeport du docteur A. ;
- les déclarations des 3/8/2020 et 21/10/2020 du docteur A. ;
- les déclarations des 7 assurés entendus (par ordre chronologique des dates d'auditions) :
  - Monsieur B.
  - Madame D.
  - Monsieur F.
  - Madame G.
  - Monsieur H.
  - Madame I.
  - Madame K.

Par conséquent, au regard de tous ces éléments, le premier grief est établi.

### **2.2.2. Sur le bien fondé du deuxième grief**

Dans ses moyens de défense, le Docteur A. ne conteste pas ce grief.

Il ressort du dossier que les éléments matériels et constitutifs du grief n°2 sont réunis et prouvés notamment au regard des éléments suivants :

- la confrontation des déclarations du docteur A. avec l'analyse des données ;
- les déclarations du docteur A. durant l'audition du 21/10/2020.

Par conséquent, au regard de tous ces éléments, le second grief est établi.

### **2.2.3. Sur le bien fondé du troisième grief**

Dans ses moyens de défense, le Docteur A. ne conteste pas ce grief.

Il ressort du dossier que les éléments matériels et constitutifs du grief sont réunis et prouvés notamment au regard des éléments suivants :

- les déclarations du 3/8/2020 du docteur A. ;
- l'analyse du nombre des visites à domicile attestées sous les numéros-codes 104252 pour les week-ends.

Par conséquent, au regard de tous ces éléments, le troisième grief est établi.

## **2.3. Quant à l'indu**

Les griefs ont entraîné des débours indus dans le chef de l'assurance obligatoire soins de santé pour un montant ramené, au vu de la soustraction des prestations qui concernent la patiente Madame E., à 138.575,10 euros.

Les griefs étant fondés, il y a lieu de condamner le Docteur A. au remboursement de l'indu, en application de l'article 142, §1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup> et 2<sup>o</sup>, de la loi SSI coordonnée le 14 juillet 1994, soit la somme de 138.575,10 euros.

Le Docteur A. a procédé au remboursement de la somme de 138.770,81 euros

Il y a lieu :

- d'ordonner que le Docteur A. soit condamné à rembourser l'indu, en application des articles 142, §1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup> et 2<sup>o</sup>, soit la somme de 138.575,10 euros.
- de constater que le Docteur A. a remboursé la somme de 138.770,81 euros
- de rembourser au Docteur A. la somme de 195,71 euros.

## **2.4. Quant à l'amende**

### **2.4.1. Quant au régime de l'amende administrative**

Concernant le régime légal de l'amende administrative, les mesures prévues à l'article 142, §1<sup>er</sup> de la loi SSI coordonnée le 14 juillet 1994 sont d'application, à savoir :

- pour le grief n°1 (prestations non effectuées) : 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 (article 73bis, 1° et article 142, § 1<sup>er</sup>, 1°, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994) ;
- pour les deuxième et troisième griefs (prestations non conformes) : 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 du remboursement (article 73bis, 2° et article 142, §1<sup>er</sup>, 2°, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994).

### **2.4.2. Quant à l'amende administrative**

**L'attestation de prestations non effectuées** est l'infraction la plus grave qui puisse être constatée par le Service d'évaluation et de contrôle médicaux à l'encontre d'un dispensateur de soins car elle caractérise la rupture du lien de confiance entre l'INAMI, les organismes assureurs et le dispensateur de soins.

En attestant des prestations alors qu'il ne les avait pas réalisées, le Docteur A. a méconnu les obligations qui lui incombaient en sa qualité de dispensateur de soins et n'a pas fait preuve de professionnalisme.

Compte tenu de son expérience (diplôme de Docteur en médecine depuis 1990 et exercice de la médecine générale depuis son inscription à l'INAMI en 1994) et de la clarté de la nomenclature, le Docteur A. a clairement spolié les deniers de l'assurance soins de santé et donc de la collectivité, ce qui justifie l'application d'une sanction assez haute néanmoins tempérée par le fait qu'il a remboursé l'indu.

Il est donc justifié de prononcer à l'encontre du Docteur A. au titre du grief de prestations non effectuées une amende administrative de 150% du montant indu à rembourser (LC 14/07/1994, art. 142, §1<sup>er</sup>, 1°), soit 27.175,84 € (indu de 18.117,23 €).

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

Les règles de la Nomenclature des prestations de santé sont de stricte interprétation et doivent être appliquées rigoureusement<sup>1</sup> car les dispensateurs de soins collaborent à un service public, ce qui repose sur un rapport de confiance notamment entre l'INAMI, les organismes assureurs et les dispensateurs de soins<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Cass. 20/11/2017, C.15.0213.N

<sup>2</sup> C.arb, 30/01/2002, n°26/2002; c.arb, 12/06/2002, n°98/2002; c.arb 12/03/2003, n°31/2003; C.const. 31/01/2019, n°15/2019.

Le respect des règles relatives à l'attestation des bons codes de nomenclature est un des fondements de ce rapport de confiance, puisque ces normes sont clairement et expressément énoncées dans la réglementation.

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

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

En ne respectant pas les règles portant sur les codes de la nomenclature, le Docteur A. a manqué à ses obligations légales en tant que dispensateur de soins.

Dans ces conditions, compte tenu notamment de la clarté de la Nomenclature, du nombre de prestations (7.743 prestations), de la durée de la période infractionnelle (prestations introduites aux organismes assureurs du 28/01/2018 au 29/02/2020), du caractère élevé de l'indu (120.457,87 €) mais également du fait que le Docteur A. a remboursé l'indu, il est justifié de prononcer à son encontre, au titre des griefs de prestations non conformes, une amende administrative de 100% du montant indu à rembourser (LC 14.07.1994, art. 142, §1<sup>er</sup>, 2<sup>o</sup>), soit 120.457,87 €.

Il est dès lors justifié de prononcer, dans le chef du Docteur A., au titre :

- du grief de prestations non effectuées, une amende administrative de 150% du montant des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé (LC 14.07.1994, art. 142, §1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup>), soit 27.175,84 €.des griefs de prestations non conformes, une amende administrative de 100% du montant des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé (LC 14.07.1994, art. 142, §1<sup>er</sup>, 2<sup>o</sup>), soit 120.457,87 €.

### **PAR CES MOTIFS,**

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994,

### **APRES EN AVOIR DELIBERE,**

Le Fonctionnaire-dirigeant du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité :

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>- Déclare établis les griefs reprochés au Docteur A. ;</li><li>- Condamne le Docteur A. à rembourser la valeur des prestations indues s'élevant à 138.575,10 euros ;</li><li>- Constate que le Docteur A. a remboursé la somme s'élevant à 138.770,81 euros ;</li><li>- Constate qu'il y a lieu de rembourser au Docteur A. la somme de 195,71 euros ;</li><li>- Condamne le Docteur A. à payer une amende de 150 % du montant des prestations non effectuées indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé (LC 14/07/1994, art 142, §1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup>) soit 27.175,84 euros</li></ul> |
|---|

- Condamne le Docteur A. à payer une amende de 100 % du montant des prestations non conformes indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé (LC 14/07/1994, art 142, §1<sup>er</sup>, 2<sup>o</sup>) soit 120.457,87 euros
- 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.

Ainsi décidé à Bruxelles.

Le Fonctionnaire-dirigeant,