

**DECISION DE LA CHAMBRE DE RECOURS DU 28 AOUT 2012-10-01  
FB-018-07**

**Madame A  
Pharmacien - pharmacien-titulaire**

**Partie appelante,  
Ne comparaisant pas.**

**CONTRE**

**L'INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE (INAMI),  
SERVICE D'EVALUATION ET DE CONTRÔLE MEDICAUX, établissement public,**

**Dont le siège est établi avenue de Tervueren, 211 à 1150 Bruxelles ;**

**Partie intimée,**

**Comparaissant par le Docteur B., médecin-inspecteur directeur et Madame C.,  
attachée.**

1. L'appelante a interjeté appel d'une décision prise par l'INAMI (Comité du Service d'évaluation et de contrôle médicaux) le 11 mai 2007, notifiée le 27 juin 2007 et attaquée le 25 juillet 2007 suivant ; l'appel, formé dans le mois de la notification, est recevable.
2. Il était reproché à l'appelante :

**1° Grief**

**Avoir fait porter en compte à l'Assurance soins de santé, par l'intermédiaire de son office de tarification, des quantités d'unités de facturation de spécialités pharmaceutiques en nombre supérieur à celles qui ont réellement été délivrées aux assurés.**

**BASE REGLEMENTAIRE**

Les faits litigieux tombent sous l'application du prescrit de l'article 141 §5, 5e alinéa, a) de la Loi AMI coordonnée le 14 juillet 1994.

Spécialités Pharmaceutiques AR 21/12/01 Article 2.

Arrêté Royal du 21 décembre 2001 fixant les procédures, délais et conditions concernant l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques.

**Article 2**

Art. 2. L'assurance n'intervient que dans les coûts des spécialités figurant dans la liste et qui, le cas échéant, ont été prescrites conformément à l'arrêté royal du 8 juin 1994 fixant le modèle de document de prescription des prestations de fournitures pharmaceutiques pour les bénéficiaires non hospitalisés, et qui ont été délivrées par les dispensateurs de soins légalement autorisés.

L'intervention peut être subordonnée à des mesures limitatives et dérogatoires telles qu'elles sont déterminées plus précisément dans les articles 80, 81 jusqu'à 85 inclus, 91, 92 et 93.

Les spécialités remboursables sont destinées à des bénéficiaires hospitalisés ou non.

Le premier grief est, pour le surplus, mieux décrit dans la note au Comité n° ....

## 2° Grief

**Avoir fait porter en compte à l'Assurance soins de santé, par l'intermédiaire de son office de tarification, des quantités d'unités de facturation de spécialités pharmaceutiques à des valeurs de remboursement supérieures aux valeurs calculées sur base du prix mentionné à l'Arrêté Royal du 21 décembre 2001 fixant les procédures, délais et conditions concernant l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques.**

### BASE REGLEMENTAIRE

Les faits litigieux tombent sous l'application du prescrit de l'article 141 §5, 5e alinéa, b) de la Loi AMI coordonnée le 14 juillet 1994.

Spécialités Pharmaceutiques AR 21/12/01.

Arrêté Royal du 21 décembre 2001 fixant les procédures, délais et conditions concernant l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques.

### Article 95

§ 1er. L'intervention de l'assurance, due aux établissements hospitaliers, pour les spécialités remboursables, administrées aux bénéficiaires hospitalisés, est déterminée en fonction du montant fixé par unité pharmaceutique figurant dans la colonne "Base de remboursement" et qui est calculée conformément aux règles fixées par le Ministre ayant les Affaires économiques dans ses attributions; ces unités sont précédées du signe double astérisque (\*\*).

En fonction de ces montants, l'assurance rembourse :

a) 100% de la base de remboursement telle que mentionnée dans la colonne ad hoc de la liste des spécialités qui sont classées en catégorie A, ainsi que celle se rapportant aux liquides à perfusion remboursables en application des groupes de remboursement B-181 à B-186 et B-189 et aux solutions pour irrigation vésicale remboursables en application du groupe de remboursement B-188;

b) la base de remboursement telle que mentionnée dans la colonne ad hoc de la liste des spécialités qui sont inscrites en catégorie B, à l'exclusion des liquides à perfusion et des solutions pour irrigation vésicale visés sous a), diminué de 0,37 EUR par tranche du nombre d'unités du dosage prescrit comprises dans le plus grand conditionnement individuel remboursable de cette spécialité ou, en l'absence de cette référence, par tranche d'une quantité fixée dans la liste. Lorsque le patient

est transféré de service dans l'établissement hospitalier, il y a lieu, pour le calcul du montant de 0,37 EUR, de considérer qu'une nouvelle tranche est entamée;

c) 50 pour cent de la base de remboursement telle qu'elle est indiquée dans la colonne ad hoc de la liste des spécialités qui sont classées en catégorie C;

d) 40 pour cent de la base de remboursement telle qu'elle est indiquée dans la colonne ad hoc de la liste des spécialités qui sont classées en catégorie Cs;

e) 20 pour cent de la base de remboursement telle qu'elle est indiquée dans la colonne ad hoc de la liste des spécialités qui sont classées en catégorie Cx.

S'il s'agit de spécialités pour lesquelles, conformément à l'article 35ter de la Loi, une nouvelle base de remboursement est déterminée, le surcoût est pris en charge par l'établissement hospitalier.

§ 2 - a) Dans le cas où, conformément aux dispositions fixées dans le cadre du Ministère de la Santé publique réglementant cette matière, l'officine hospitalière ou le dépôt de médicaments est habilité à délivrer des médicaments à des personnes non hospitalisées, le prix de base pour le calcul de l'intervention de l'assurance est fixé par unité pharmaceutique figurant dans la colonne "Base de remboursement" et est établi conformément aux règles fixées par le Ministre ayant les Affaires économiques dans ses attributions; ces unités sont précédées du signe astérisque (\*).

b) S'il s'agit d'un bénéficiaire séjournant dans une maison de repos et de soins qui dispose d'une officine ou d'un dépôt de médicaments conformément aux dispositions émanant du Département de la Santé publique, la base de l'intervention de l'assurance est déterminée au moyen de la base de remboursement du médicament, calculée comme indiqué sous a) étant entendu que, dans ce cas, les médicaments réservés à l'usage hospitalier n'entrent pas en ligne de compte pour le remboursement.

Le deuxième grief est, pour le surplus, mieux décrit dans la note au Comité n° ....

3. La décision attaquée est motivée comme suit :

L'enquête menée au sein de la Pharmacie D. a conduit le Service d'évaluation et de contrôle médicaux à formuler deux griefs à l'encontre de l'appelante qui occupe les fonctions de Pharmacien titulaire de cette officine.

Les deux griefs, mieux décrits ci-dessus et dans la note au Comité n° ....., portent sur des prestations non-conformes et non-effectuées qui ont été portées en compte indument à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnité.

Cette enquête constitue un post contrôle consécutif au dossier ...-....-..

En effet, à l'occasion d'un contrôle de facturation de l'année 2003, il avait été constaté que des erreurs de tarification pharmaceutique avaient généré un préjudice de 538.373,37 € pour l'assurance obligatoire qui se ventilait pour 194.961,69 € en rapport avec des prestations non effectuées (36,2 %) et pour 343.411,68 € en rapport avec des prestations non attestables (63,8 %). Ces erreurs trouvaient leur origine dans des quantités erronées d'unités de tarification pharmaceutique ou dans des erreurs de paramétrage du prix de la prestation facturée.

Ce premier contrôle avait porté sur l'année 2003, soit une période de douze mois et l'indu mis à jour à cette occasion a été remboursé par l'institution le 27 septembre 2004.

Comme l'a relevé l'inspecteur en charge de ce dossier dans la note au Comité n° ....., ce nouveau dossier permet de conclure à une continuité dans l'infraction mais sous une moindre échelle, bien qu'en absolu les montants indus restent élevés.

Le Comité constate que l'appelante ne conteste nullement les deux griefs qui sont formulés de même que l'indu de 242.193,44 euros qui en est la résultante. A cet égard, le Comité acte que le Centre D. a procédé au remboursement de cet indu en date du 27 novembre 2007.

Au cours de l'enquête, l'appelante a exposé que ces deux manquements résultent essentiellement d'erreurs lors de l'encodage des prestations et de difficultés rencontrées au niveau de la mise en œuvre et de l'utilisation des programmes informatiques dont dispose l'officine pour la facturation.

Madame A. explique donc ces manquements, essentiellement par des difficultés organisationnelles rencontrées au sein de l'officine.

Ses explications spontanées, la bonne collaboration dont elle a fait preuve et le remboursement de l'indu, loin d'exonérer l'appelante de sa responsabilité, démontrent cependant sa volonté et celle du centre hospitalier au sein duquel elle exerce de trouver des solutions destinées à mettre un terme aux manquements constatés.

Le Comité estime dès lors que les griefs sont établis et qu'il y a lieu d'ordonner le remboursement de l'indu d'un montant de 242.193,44 euros. Le Comité acte que cette somme a d'ores et déjà été remboursée.

Le Comité estime encore que l'ampleur des manquements et leur caractère répétitif justifient qu'une amende administrative soit prononcée à charge de l'appelante.

Cependant, les améliorations et les marques de bonne volonté constatées par le Service d'évaluation et de contrôle médicaux lors de l'enquête permettent d'assortir cette amende d'une mesure de sursis.

Le Comité condamne donc Madame A., sur base des articles 141 §5, 5e alinéa, a), b) et au paiement d'une amende administrative s'élevant à 150 % du montant de l'indu dont 125% avec un sursis de 3 ans. L'amende effective s'élève donc à 25% du montant de l'indu, soit à 60.548, 36 euros.

4. En appel, l'appelante ne conteste la décision qu'en ce qui concerne l'amende ; en conséquence, elle demande que la sanction soit ventilée en fonction des deux préventions et qu'elle soit réduite, tout en maintenant le bénéfice du sursis.
5. Le Code pénal social, entré en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2012, dès lors qu'il ne contient aucune disposition relative aux établissements hospitaliers en matière de récupération d'indu et d'amendes administratives, n'est pas applicable en l'espèce ; la législation applicable est bien celle en vigueur au moment des faits ; la lex mitior, contenue dans le Code, à propos des pharmaciens, notamment, ne peut bénéficier à l'appelante.

6. L'appelante relève, dans sa requête, que l'indu est du à des erreurs d'encodage sur les quantités, sur les facturations ou sur des forfaits, qui n'ont pas été respectés. L'intimé observe que l'appelante, dont les agissements avaient déjà donné lieu à un remboursement d'indu important en 2004, est sans doute de bonne foi et a collaboré loyalement à l'enquête ; n'empêche, sa négligence coupable doit être sanctionnée sévèrement.
7. L'appelante s'est rendue coupable d'importantes violations de la loi ; il est normal, pour les motifs indiqués dans la décision attaquée, qu'elle ait été sanctionnée assez sévèrement.

Pour ce qui est de scinder les sanctions, l'article 65 du Code pénal, eu égard à l'unité d'intention, s'y oppose.

### **PAR CES MOTIFS,**

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

Composée de Monsieur Philippe LAURENT, président, et de Madame Sophie CARLIER, Messieurs Maurice ANCKAERT, Jean-Daniel HECQ et Didier MAESEN, membres, assistée de Madame Françoise DELROEUX, greffier,

Après en avoir délibéré et statuant contradictoirement, Madame Sophie CARLIER, Messieurs Maurice ANCKAERT, Jean-Daniel HECQ et Didier MAESEN ayant rendu leur avis sans prendre part à la décision,

- Dit l'appel recevable mais non fondé ;
- Confirme la décision du Comité du Service d'évaluation et de contrôle médicaux du 11 mai 2007 qui :
- Décide que les griefs sont établis et condamne en conséquence Madame A. à rembourser la valeur des prestations indues s'élevant à 242.193,44 euros ;
- Acte à cet égard que l'indu a été déjà remboursé ;
- Décide qu'il y a lieu de prononcer une sanction administrative à charge de Madame A. et condamne donc cette dernière au paiement d'une amende administrative s'élevant à 150% de l'indu dont 125% assortie d'une mesure de sursis pour une durée de 3 ans, l'amende effective s'élevant donc à 60.548,36 euros.

Ainsi prononcé en langue française et en audience publique de la Chambre de recours le 28 août 2012, à Bruxelles par Monsieur Philippe LAURENT, président, assisté de Madame Isabelle WARNOTTE, greffier.

Isabelle WARNOTTE  
Greffier

Philippe LAURENT  
Président