

DECISION DE LA CHAMBRE DE PREMIERE INSTANCE DU 9 MAI 2019
FA-016-18

EN CAUSE DE : Monsieur A.
Médecin spécialiste
Ne comparaisant pas

CONTRE : **SERVICE D'ÉVALUATION ET DE CONTRÔLE MÉDICAUX**,
institué au sein de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, établi à
1150 Bruxelles, Avenue de Tervuren 211,
N° BCE : 0206.653.946 ;
Représenté par le Docteur B., médecin-inspecteur et par Madame C., juriste.

I. PROCEDURE

La Chambre de première instance a pris en considération dans son délibéré les pièces inventoriées du dossier de la procédure, et notamment :

- la requête du 28 juin 2018, entrée au greffe le même jour, par laquelle le Service d'évaluation et de contrôle médicaux, ci-après dénommé le SECM, saisit la Chambre de première instance d'une contestation avec un dispensateur de soins, soit le Docteur A., médecin spécialiste ;
- la note de synthèse du SECM.

Le SECM a été entendu à l'audience du 14 mars 2019, à la suite de quoi la cause a été prise en délibéré.

Le Docteur A. n'a pas comparu et ne s'est pas fait représenter.

La loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 et l'arrêté royal du 9 mai 2008 fixant les règles de fonctionnement et le Règlement de procédure des Chambres de première instance et des Chambres de recours ont été respectés dans le cadre de la procédure.

II. OBJET DE LA DEMANDE

Le SECM demande à la Chambre de première instance de :

- déclarer établi le grief unique basé sur l'article 73bis, 1° de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 formulé pour tous les cas cités dans la note de synthèse ;

- condamner le Docteur A. au remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé, soit la somme totale de **724.429,64 €** (article 142, §1^{er}, 1^o de la loi ASSI coordonnée) ;
- condamner le Docteur A. au paiement d'une amende administrative s'élevant à 150 % du montant de la valeur des prestations indues, soit la somme de **1.086.644,46 €** (article 142, §1, 1^o, de la loi ASSI coordonnée) ;
- dire que les sommes dont le Docteur A. est redevable doivent être payées dans les 30 jours de la notification de la décision de la Chambre de première instance. A défaut de paiement dans ce délai, les sommes restant dues produiront, de plein droit, des intérêts au taux légal en matière sociale, tel que prévu par l'article 2, §3 de la loi du 5 mai 1865 relative au prêt à intérêt, à compter de l'expiration de ce délai (article 156, §1^{er}, al. 2 de la loi ASSI).

III. FAITS

Le Docteur A. est de nationalité camerounaise.

Il a obtenu son diplôme de docteur en médecine en France et de chirurgie en Italie.

Il est en Belgique depuis 2010.

Depuis 2012, il travaille essentiellement dans des polycliniques situées dans la région bruxelloise :

- La Polyclinique D. ;
- La polyclinique E. ;
- Le centre médical F. (ce centre médical est géré par l'asbl G. avec laquelle le Docteur A. a signé un partenariat).

Il déclare travailler essentiellement en tiers payant.

Le Docteur A. déclare également être enseignant au Cameroun et travailler pour l'association Selon les données reprises dans la note de synthèse, le volume d'activité du Docteur A. a évolué comme suit :

- 2012 : 25.258,77 €
- 2013 : 50.406,26 €
- 2014 : 235.912,43 €
- 2015 : 434.104,32 €
- 2016 : 347.283,75 € (à partir du 31 octobre 2016, il y a eu suspension du tiers payant en application de l'article 77 *sexies* de la loi ASSI).

Parmi les prestations remboursées, il a été constaté un très grand nombre de prestations sous les code 220312 et 220275 (qui ne sont remboursables que si elles sont réalisées en milieu hospitalier) et sous le code 220216 (exérèse d'anthrax), attesté 1591 fois par le Docteur A., alors que l'anthrax est une maladie dont l'incidence en Belgique est rarissime.

Cet élément a déclenché une enquête au sujet des prestations facturées par le Docteur A.

Dans le cadre de l'enquête, le SECM a pris connaissance des documents suivants :

- Listings informatiques demandés aux OA pour la période d'introduction du 1^{er} juin 2014 au 31 août 2016 ;
- ASD originales du Docteur A. choisies au hasard, demandées aux OA ;
- Audition de 10 assurés ;
- Audition de l'administrateur délégué de l'association G., Monsieur M.
- Audition de Monsieur H., le technicien d'imagerie et gestionnaire de la polyclinique D. ;
- audition du Docteur A. (26 juillet 2016 et 31 août 2016).

3 procès-verbaux de constat (PVC) ont été dressés à charge du Docteur A. les 8 septembre 2016, 6 octobre 2016 et 7 octobre 2016. Ces PVC ont été envoyés par recommandé avec accusé de réception le 16 septembre 2016 et le 11 octobre 2016.

IV. DISCUSSION

1. Matérialité de l'infraction et remboursement de l'indu

1.1. Principes

L'article 73bis de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (ci-après dénommée 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 ;

(...) »

Le dispensateur de soins qui porte en compte à l'assurance soins de santé des prestations non effectuées (article 73bis, 1°) est sujet au remboursement de la valeur des prestations concernées, conformément à l'article 142, §1er, 1° de la loi ASSI.

Il suffit que les éléments matériels constitutifs d'une telle infraction, 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.

1.2. Application en l'espèce

1.2.1.

Le SECM reproche au Docteur A. d'avoir porté en compte à l'assurance soins de santé 7315 prestations qu'il n'a pas effectuées, à savoir des incisions de thrombose hémorroïdaire, exérèse d'une tumeur sous-aponévrotique expansive des tissus mous, interventions chirurgicales pour tumeurs profondes ou lésions de la face ou des lèvres, à l'exclusion des lésions cutanées, exérèses d'anthrax, entre le 6 avril 2014 et le 29 avril 2016 (date d'introduction aux OA entre le 9 septembre 2014 et le 22 juin 2016).

En outre, 1981 de ces prestations (à savoir tous les codes 220275 et 220312), à concurrence d'un montant de 427.734,27 €, n'auraient pas pu être attestées pour la raison de n'avoir pas été « effectuées » dans une institution hospitalière conformément à l'article 15 §2 de la NPS.

1.2.2.

Il résulte des éléments de l'enquête que ce grief est établi.

Lors de son audition du Docteur A. a avoué ne pas avoir réalisé les prestations en cause.

Il soutenait toutefois avoir fait une erreur dans le choix du numéro de nomenclature, en utilisant les codes des prestations en cause pour attester des interventions chirurgicales superficielles au niveau de la peau.

Cette affirmation n'a pas pu être mise en évidence, ni par l'inspection des dossiers, ni par les déclarations des assurés :

- Sur les dossiers demandés pour 10 patients, seuls 5 ont pu être présentés et dans aucun dossier, il n'y avait mention des interventions chirurgicales attestées et un seul dossier faisait mention d'une seule intervention chirurgicale superficielle de la peau, alors que le Docteur A. a attesté pour ces assurés jusqu'à 20 interventions chirurgicales.

Ces constatations ressortent notamment de l'audition du 26 juillet 2016 :

« Vous me proposez de voir quelques dossiers ensemble.

Madame I.

Vous me dites que j'ai attesté 6 fois de hémorroïdes. Elle dit ne jamais été opérée par moi. Vous me dites que la seule chose marqué dans le dossier est : « gingivite problème après extraction dentaire » (date 24/4/15).

Je réponds que c'est possible qu'elle a donné des vignettes à une autre personne. Je n'opère que les hémorroïdes non compliquées.

Je n'ai pas de dossier sur Madame J. Vous me dites que cette fille a subi 26 interventions. Je dis que sans doute il y a un abus : les gens sont venus souvent avec des vignettes de la même personne ou encore c'est des gens qui sont venus avec des vignettes pour réguler une situation antérieure. Vous me demandez pourquoi je n'ai pas de dossier. Il est possible que le dossier n'est pas ici mais encore à la Polyclinique.

On ne trouve pas le dossier de Monsieur K. mais je connais bien la famille de K.

Dossier Madame L. : dans le dossier est marqué : ablation végétation face antérieur jambe ; crée le 24/02/15. Il se peut qu'il y a eu des prestations antérieures et que le dossier initial se trouve rue ...

Pour cette femme, il semble que j'ai attesté 20 interventions chirurgicales. Je n'ai pas d'explication pour cela.

(...) »

- 10 assurés ont été interrogés. Certains disent ne jamais avoir consulté le Docteur A., voire le connaître. Aucun des assurés n'a pu confirmer la réalité des prestations chirurgicales attestées à leur nom.

Le Docteur A. a avoué ne jamais avoir excisé des hémorroïdes ou d'antrax ni enlevé des tumeurs profondes au niveau du visage ou ailleurs.

Concernant le grand nombre d'antrax (3.917 prestations pour 258.939,63 €), le Docteur A. a avoué qu'il attestait ce code pour l'enlèvement de chéloïdes. Ici encore, cette explication n'a pu être confirmée ni par le témoignage des assurés, ni par l'inspection des dossiers. Il existe en outre un numéro spécifique pour enlever des cicatrices défigurantes.

1.2.3.

Le montant total de l'indu s'élève à 724.429,64 €.

Aucun remboursement n'est intervenu alors que le Docteur A. a signé l'IRV relative au 1^{er} PVC et qu'un étalement de remboursement a été octroyé.

Le Docteur A. sera dès lors condamné à rembourser le montant total de cet indu, soit **724.429,64 €**.

2. Sanction

2.1. *Principes*

2.1.1.

Pour entraîner une amende, deux éléments doivent être réunis : un élément matériel et un élément moral.

L'élément matériel réside dans la transgression d'une disposition légale ou réglementaire (accomplissement de l'acte interdit ou omission de l'acte prescrit).

L'élément moral suppose que cette transgression soit commise librement et consciemment.

De manière générale, l'existence d'une cause de justification (démence ou contrainte, selon l'article 71 du Code pénal ; erreur ou ignorance ; etc.) s'oppose à ce qu'une infraction réglementaire puisse être imputée à son auteur et, par conséquent, entraîner une sanction.

L'erreur ou l'ignorance de droit sont des causes de justification, dans la mesure où elles « (...) portent sur l'existence (ignorance d'une disposition pénale en vigueur) ou la portée exacte (erreur

relative à l'interprétation ou à l'applicabilité d'une disposition dont on connaît l'existence) de l'élément légal de l'infraction, d'où résulte l'illicéité de l'acte commis (...) »¹.

L'erreur ou l'ignorance ne peuvent être retenues comme causes de justification que pour autant qu'elles soient invincibles, c'est-à-dire lorsqu'il peut se déduire de circonstances que l'auteur de l'infraction a agi comme l'aurait fait toute personne raisonnable et prudente ².

La complexité de la législation sociale en vigueur ne peut être considérée comme source d'erreur invincible³.

De plus, la simple constatation que l'auteur de l'infraction ait été mal conseillé, fût-ce par une personne qualifiée, ne suffit pas en soi pour que l'erreur soit considérée comme étant invincible ; il appartient au juge d'apprécier en fait si pareil avis a induit l'auteur de l'infraction dans un état d'erreur invincible⁴.

2.1.2.

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

« § 1^{er}. 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^o 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^o»

2.2. Application en l'espèce

La Chambre de première instance estime qu'il y a lieu de faire droit à la demande du SECM et d'infliger au Docteur A. une amende égale à **150 %** de la valeur des prestations indues, soit **1.086.644,46 €**.

Les griefs retenus sont graves et dénotent d'une intention frauduleuse.

Le Docteur A. a porté en compte pas moins de 7.315 prestations non effectuées sur une période de 2 ans, causant un préjudice énorme de 724.429,64 € à l'assurance soins de santé.

¹ F. TULKENS et M. VAN DE KERCHOVE, *Introduction au droit pénal- Aspects juridiques et criminologiques*, Waterloo, Kluwer, 2007, 8ème éd., p. 404

² Cass., 2ème ch., 1^{er} octobre 2002, rôle n° P011006N, Cass., 1ère ch., 16 septembre 2005, rôle n° C040276F; C. trav. Bruxelles, 26 octobre 2010, RG n° 40.153-40.316; C. trav. Liège, sect. Liège, 21 avril 2010, RG n° 36395/09, consultables sur <http://jure.juridat.just.fgov.be>

³ C. HENNEAU et J. VERHAEGEN, *Droit pénal général*, Bruylant, Bruxelles, 1991, p. 338; Anvers, 9 octobre 1997, *ChrD.S.*, 1998, p. 145; C. trav. Liège, sect. Namur, 6 août 2009, RG n° 8697/08-8700/08 consultable sur juridat ; cass. 14 mai 2012, Pas. 2012, n°300.

⁴ Cass., 2ème ch., 1^{er} octobre 2002, rôle n° P011 006N

En outre, parmi les prestations non effectuées, 1981 prestations (pour un montant de 427.734,27 €) sont également non conformes à l'article 15 §2 de la NPS, et n'auraient pu être attestées car elles n'ont pas été effectuées dans une institution hospitalière.

Il ne s'agit pas de simples erreurs d'attestations de codes, comme il a tenté de le soutenir, mais de fraude manifeste, comme en atteste les auditions des assurés concernés qui n'ont jamais rencontré, pour la plupart, le Docteur A., ou en tout cas n'ont jamais été soignés par lui pour les prestations attestées.

Le fait d'attester plus de 20 opérations chirurgicales sur une année ou sur deux ans, pour une même personne, sans qu'il n'y ait un quelconque dossier médical, ne peut être qualifié d'erreur.

Une sanction sévère est justifiée, outre la décision du Fonctionnaire-dirigeant prise en application de l'article 77sexies de la loi ASSI, ordonnant la suspension totale des paiements par les organismes assureurs, dans le cadre du régime du tiers payant, pour une période de 12 mois, au Docteur A., sur base d'indices manifestes de fraude (contre laquelle aucun recours n'a été introduit).

3. Intérêts

Les sommes, dont le Docteur A. est redevable, doivent être payées dans les trente jours de la notification de la décision de la Chambre de première instance. A défaut de paiement dans ce délai, les sommes restant dues produisent de plein droit 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 à compter de l'expiration de ce délai (art.156, §1^{er}, al. 2, de la loi ASSI tel que modifié par l'article 26 de la loi du 17 juillet 2015 portant dispositions diverses en matière de santé).

**PAR CES MOTIFS;
LA CHAMBRE DE PREMIERE INSTANCE,**

Statuant contradictoirement,

Déclare la demande du SECM à l'égard du Docteur A. recevable et fondée dans la mesure déterminée ci-après ;

Dit pour droit que les éléments matériels constitutifs de l'infraction à l'article 73bis, 1° de la loi ASSI sont établis dans le chef du Docteur A. :

Par conséquent,

- Condamne le Docteur A. au remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé, soit la somme totale de **724.429,64 €** ;
- Condamne le Docteur A. au paiement d'une **amende administrative s'élevant à 150 %** du montant de la valeur des prestations indues, soit la somme de **1.086.644,46 €** ;
- Dit qu'à défaut de paiement des sommes dues par le Docteur A. 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, §1^{er} de la loi ASSI seront dus de plein droit, à compter de l'expiration du délai précité.

- Dit que la présente décision est exécutoire de plein droit par provision nonobstant tout recours.

La présente décision est prise par la Chambre de première instance, composée de Madame Pascale BERNARD, Présidente, Mesdames Sophie CARLIER, Christiane JACQUEMAIN, Messieurs Xavier GILLIS et Daniel LECLERCQ , membres, assistés de Madame METENS Caroline, greffier.

Et prononcée en audience publique du 9 mai 2019, par Madame Pascale BERNARD, Présidente, assistée de Madame Caroline METENS, greffier.

Caroline METENS
Greffier

Pascale BERNARD
Présidente