

DECISION DE LA CHAMBRE DE PREMIERE INSTANCE DU 21 OCTOBRE 2025

Numéro de rôle FA-002-24

EN CAUSE DE : 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 ;

**Représenté par le Docteur E., médecin-inspecteur, et par Madame F.,
attachée-juriste.**

Partie requérante ;

CONTRE :

A.

médecin généraliste agréé + titulaire d'attestation ECG

N° INAMI : ...

Et

SRL B. (au moment des faits SRL C.)

N° BCE : ...

Parties défenderesses.

Comparaissant en personne et assistés de Maître D. dont les bureaux sont
situés ...

1. LA 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 adressée le 29.01.2024 par le Fonctionnaire-dirigeant du SECM, en application des articles 142 §1^{er} et 144 §2 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 (ci-après dénommée « loi ASSI ») ;
- la note de synthèse y annexée ;
- les conclusions en réponse du Docteur A. et de la SRL B. reçues au greffe par voie électronique le 29.04.2024 ;
- les conclusions en réplique du SECM reçues au greffe par voie électronique le 06.09.2024 ;

- les conclusions additionnelles et de synthèse du Docteur A. et de la SRL B. reçues au greffe par voie électronique le 09.10.2024.

Les parties ont été entendues à l'audience du 09.09.2025. Les débats ont été clos et la cause a été prise en délibéré.

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.

2. L'OBJET DE LA DEMANDE

Le SECM demande à la Chambre de première instance de déclarer les griefs suivants établis dans le chef du Dr A. :

- Griefs formulés dans le PVC du 10/12/2021

Grief 1 :

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 au sens de l'article 73 bis, 1^o de la loi SSI coordonnée le 14 juillet 1994.

En l'espèce, il s'agit de prestations non effectuées car attestées en double, ou plus, pour une prestation ayant été effectuée en réalité une seule fois.

Concernant la période du 01/10/2018 au 02/09/2019 (dates de prestation) et du 07/01/2019 au 04/09/2019 (dates d'introduction aux OA), l'infraction est constatée pour 24 prestations pour un montant de 907,77 €.

Grief 2 :

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 au sens de l'article 73 bis, 1^o de la loi SSI coordonnée le 14 juillet 1994.

En l'espèce, il s'agit de 4% de toutes les prestations 101032 et 101076 attestées qui en réalité n'ont pas été effectuées.

Concernant la période du 04/05/2017 au 30/09/2019 (dates de prestation) et du 11/12/2018 au 13/11/2020 (dates d'introduction aux OA), l'infraction est constatée pour 426 prestations pour un montant de 10.301,26 €.

Grief 3 :

Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer les 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, au sens de l'article 73bis, 2° de la loi SSI coordonnée le 14 juillet 1994.

En l'espèce, il s'agit de 10 % des prestations de consultation 101032 et 101076 attestées alors qu'elles auraient dû être attestées sous le code 109012 – avis.

Pour la période du 04/05/2017 au 30/09/2019 (dates de prestation) et du 11/12/2018 au 13/11/2020 (dates d'introduction aux OA), l'infraction est relevée pour 563 prestations. L'indu pour le grief s'élève à 11.728,02 €.

Grief 4 :

Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer les 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, au sens de l'article 73bis, 2° de la loi SSI coordonnée le 14 juillet 1994.

En l'espèce, il s'agit de 80% des prestations 102410 « majoration d'une consultation au cabinet effectuée un samedi, un dimanche ou un jour férié entre 8h et 21h » attestées pour des consultations effectuées le samedi, alors que le docteur A. tient une consultation ouverte au public le samedi, et pour des patients dont l'état ne nécessitait pas des soins urgents à un point tel qu'ils n'auraient pu être différés.

Pour la période du 25/11/2017 au 28/09/2019 (dates de prestation) et du 11/12/2018 au 09/01/2020 (dates d'introduction aux OA), l'infraction est relevée pour 556 prestations. L'indu pour le grief s'élève à 7.187,23 €.

Grief 5 :

Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer les 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, au sens de l'article 73bis, 2° de la loi SSI coordonnée le 14 juillet 1994.

En l'espèce, il s'agit de 8 prestations 102432 « majoration d'une consultation au cabinet effectuée entre 21h et 8h » attestées pour des membres de sa propre famille alors que l'état de ces membres ne nécessitait pas des soins urgents à un point tel qu'ils n'auraient pu être différés et au bénéfice desquels des soins ont été prodigués entre 21h et 8h pour des raisons de convenance.

Pour la période du 15/01/2019 au 24/06/2019 (dates de prestation) et du 26/01/2019 au 02/07/2019 (dates d'introduction aux OA), l'infraction est relevée pour 8 prestations. L'indu pour le grief s'élève à 207,20 €.

Grief 6 :

Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer les 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, au sens de l'article 73bis, 2° de la loi SSI coordonnée le 14 juillet 1994 .

En l'espèce, il s'agit de 30 prestations de visites urgentes et non urgentes à un bénéficiaire attestées alors que ces prestations ont été effectuées pour deux ou plus de deux bénéficiaires à la même adresse à l'occasion d'un même déplacement.

Pour la période du 30/10/2018 au 23/09/2019 (dates de prestation) et du 31/12/2018 au 30/09/2019 (dates d'introduction aux OA), l'infraction est relevée pour 30 prestations. L'indu pour le grief s'élève à 221,38 €.

Grief 7 :

Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer les 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, au sens de l'article 73bis, 2° de la loi SSI coordonnée le 14 juillet 1994.

En l'espèce, il s'agit de 425 prestations 103574 « ouverture du dossier médical » sans le cumul requis avec une prestation de consultation ou de visite ou cumulées avec des prestations autres que celles autorisées.

Pour la période du 07/02/2018 au 30/09/2019 (dates de prestation) et du 13/12/2018 au 19/02/2020 (dates d'introduction aux OA), l'infraction est relevée pour 425 prestations. L'indu pour le grief s'élève à 13.395,40 €.

- **Les griefs formulés dans le PVC du 23/05/2022**

Grief 1 :

Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer les 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, au sens de l'article 73bis, 2° de la loi SSI coordonnée le 14 juillet 1994.

En l'espèce il s'agit de 4.188 prestations attestées à l'acte alors que le prestataire a fait le choix de travailler selon le système forfaitaire et ne satisfaisant pas aux possibles exceptions à l'interdiction d'attester à l'acte décrites dans l'A.R. du 23/04/2013 relatif aux maisons médicales.

Pour la période du 01/10/2019 au 18/10/2021 (dates de prestation) et du 02/10/2019 au 31/12/2021 (dates d'introduction aux OA), l'infraction est relevée pour 4188 prestations. L'indu pour le grief s'élève à 97.314,68 €.

Grief 2 :

Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer les 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, au sens de l'article 73bis, 2° de la loi SSI coordonnée le 14 juillet 1994.

En l'espèce il s'agit de 380 prestations d'ouverture de DMG (351 prestations 103574, 10 prestations 101312 et 19 prestations 101496) qui ne sont pas conformes car non accompagnées par une consultation (101032 ou 101076) ou visite (103132, 103412, 103434).

Pour la période du 01/10/2019 au 2/12/2021 (dates de prestation) et du 03/10/2019 au 14/12/2021 (dates d'introduction aux OA), l'infraction est relevée pour 380 prestations. L'indu pour le grief s'élève à 11.950,62 €.

En conséquence, le SECM demande 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 153.213,56 euros (article 142, §1er, 1° et 2°, de la loi SSI) et constater qu'un montant de 62.159,14 euros a déjà été remboursé.

- 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 16.813,54 euros (article 142, §1er, 1^o de la loi SSI), dont 2/3 en amende effective (11.209,03) et 1/3 en amende assortie d'un sursis de trois ans (5.604,51 euros).
- Condamner le Docteur A. au paiement d'une amende administrative s'élevant à 100 % du montant de la valeur des prestations indues, soit la somme de 142.004,53 euros (article 142, §1er, 2^o de la loi SSI), dont la moitié avec un sursis de trois ans soit une amende effective de 71.002,26 euros.
- 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.

3. LES FAITS

Le docteur A. a fait ses études de médecine à l'Université Il est médecin généraliste agréé depuis le XX/XX/2014. Depuis le XX/XX/2022, il est également titulaire d'attestation ECG.

Il a travaillé dans le milieu des urgences et a effectué ses 2 années d'assistanat en médecine générale à la Maison Médicale K, chez le Dr G. Après, il a continué à travailler aux urgences et il a effectué des remplacements à la Maison Médicale L., où travaille son frère qui en est également le responsable.

En 2017, il a créé la Maison Médicale H., où il travaille comme généraliste et dont il est le responsable. La MM H. est passée au système de remboursement forfaitaire depuis le XX/XX/2019, sous le numéro INAMI ..., pour les soins de médecine générale et infirmiers. Depuis le 01/06/2021 les soins de kinésithérapie sont également repris sous le système forfaitaire avec un changement du numéro INAMI, devenu

Il est également maître de stage pour, ... et Il avait 2 assistants du 1/10/2019 au 30/09/2020, 4 assistants du 1/10/2020 au 30/09/2021 et 2 assistants du 1/10/2021 au 30/09/2022.

Le docteur A. est conventionné.

Depuis le xx/xx/2011, le docteur A. est le gérant de la S.R.L. C. avec numéro d'entreprise ... et son siège situé C'est cette S.R.L. qui était percepitrice de ses honoraires. C'est également cette S.R.L. qui gérait la MM H.. Cette S.R.L. compte 2 unités d'établissement, l'une à l'adresse du siège, l'autre à l'adresse de la MM I., depuis le xx/xx/2021.

Depuis le xx/xx/2023, la SRL C. a changé sa dénomination en B. ainsi que son objet social qui est devenu « ... ».

Depuis le xx/xx/2022, le docteur A. est administrateur de la S.R.L. Maison Médicale H., MM Z. avec numéro d'entreprise ... et son siège situé.... . Cette S.R.L. compte 2 unités

d'établissement, l'une à l'adresse du siège, l'autre à l'adresse de la MM I., depuis le xx/xx/2023.

A partir du xx/xx/2022 ce n'est plus la S.R.L. C. qui gère la MM H. mais c'est la S.R.L. MM H. qui en a repris la gestion.

Depuis le xx/xx/2022, le docteur A. est également administrateur de la S.R.L. Maison Médicale I., MM I., avec numéro d'entreprise ... et son siège situé Cette S.R.L. compte 2 unités d'établissement, l'une à l'adresse du siège, l'autre à l'adresse de la MM H., depuis le xx/xx/2023. La MM I. n'est pas au forfait.

Le secrétariat de la MM H. est tenu par 6 ou 7 personnes différentes. C'est le secrétariat qui est le premier point de contact des patients et qui gère les inscriptions. Une consultation chez le médecin est généralement planifiée avant l'inscription.

Avant fin 2020, les inscriptions se faisaient sur formulaire papier, depuis novembre 2020, les inscriptions se font par voie électronique. La MM utilise pour cela le programme Beoogo.

Pour la gestion des dossiers médicaux, la MM utilisait le programme Health One. Depuis mars 2022, la MM est passée au logiciel MediSpring.

C'est le secrétariat qui s'occupe de la facturation. Le programme Health One était également utilisé pour la tarification à l'acte. Depuis mars 2022 la MM est passée aussi au logiciel MediSpring pour la facturation à l'acte.

La facturation des forfaits passe par le programme Beoogo. Le secrétariat rédige également les attestations de soins donnés (ASD) sous ordre du médecin.

Le docteur A. est le responsable de la MM H. Il a également expliqué pendant l'audition du 24/09/2021 que, depuis un incident informatique en 2018, toutes les prestations effectuées à la MM H., également par d'autres généralistes, étaient attestées à son nom.

Lors de l'enquête menée par le Service d'évaluation et de contrôle médicaux, le Docteur A. a été entendu à 5 reprises: les 24/09/2021, 26/11/2021, 03/12/2021 avant l'envoi du premier procès-verbal de constat, le 17/10/2022 suite à la réception du deuxième procès-verbal de constat et le 06/06/2023 suite à la réception de l'invitation au remboursement volontaire (IRV) corrigée.

Un premier procès-verbal de constat a donc été dressé à charge du Docteur A. en date du 10/12/2021 (copie envoyée le 17/12/2021 par R.P. au concerné ainsi qu'à la S.R.L. C.) pour un montant de 43.948,26 €.

Un deuxième procès-verbal de constat a été dressé à charge du Docteur A. en date du 23/05/2022 (copie envoyée le 30/05/2022 par R.P. au concerné ainsi qu'à la S.R.L. C.) pour un montant de 124.060,38€.

Une correction de l'IRV du deuxième procès-verbal de constat (ci-après PVC) a été envoyée le 3/04/2023 par R.P. au concerné ainsi qu'à la S.R.L. C., le montant de cette IRV est de 109.691,48 €.

Une nouvelle correction des prestations reprochées dans ce deuxième PVC a été communiquée le 4/10/2023 au dispensateur par courriel avec envoi de courriers par R.P. le même jour au concerné ainsi qu'à la S.R.L C., pour un montant de 109.265,30 €.

Sept griefs sont formulés dans le PVC du 10 décembre 2021 et deux griefs sont formulés dans le PVC du 23 mai 2022.

4. LA COMPETENCE

L'article 144 §2 de la loi ASSI dispose que :

« Les Chambres de première instance ont une compétence de pleine juridiction pour connaître :

1° des infractions aux dispositions de l'article 73bis, sous réserve des infractions qui relèvent de la compétence du Fonctionnaire-dirigeant comme mentionné à l'article 143 ;

*2° des recours contre les décisions du Fonctionnaire-dirigeant ou du fonctionnaire désigné par lui, prises sur la base de l'article 143, §3 ;
(...) »*

Et l'article 143 de la même loi dispose que :

« §1^{er}. Le fonctionnaire-dirigeant du Service d'évaluation et de contrôle médicaux, ou le fonctionnaire désigné par lui, connaît des contestations relatives :

*1° aux infractions visées à l'article 73bis, 1°, 2° et 3°, de la loi si la valeur des prestations litigieuses est inférieure à 35 000 euros ;
(...) »*

§3. En cas d'infraction aux dispositions de l'article 73bis, 1°, 2°, 3°, 7°, 8°, 9° et 10°, le Fonctionnaire-dirigeant, ou le fonctionnaire désigné par lui, décide de l'application des mesures énoncées à l'article 142 (...).

(...) »

En l'espèce, la valeur des prestations litigieuses s'élève à 153.213,56 euros. Elle est donc supérieure au plafond fixé à la compétence du Fonctionnaire-dirigeant, et relève bien de celle de la Chambre de première instance.

5. LA DISCUSSION

A. Principes

Matérialité

L'article 73bis de la loi ASSI dispose 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, § 1^{er} :

(...)

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 ;

(...)

Les documents réglementaires précités visent aussi bien les documents papier que les documents en version électronique conformément à l'article 9bis. »

L'article 15 §2 de l'arrêté royal du 23 avril 2013 prévoit que (souligné par la Chambre de première instance) :

« Les dispensateurs de soins qui ont conclu un accord aux conditions de l'article 52, §1^{er}, de la loi en vue du paiement forfaitaire de certaines prestations, ne peuvent pas dispenser ces prestations contre paiement à l'acte sauf dans le cas d'exception mentionné au paragraphe précédent ou lorsqu'il s'agit de bénéficiaires non inscrits, dans les cas de participation à des services de garde organisés ou à un service de garde à la porte d'un hôpital.

Une exception peut également être faite pourvu qu'il s'agisse de bénéficiaires non inscrits :

1. pour des consultations dans un centre de planning familial ;
2. pour une consultation dans un centre qui s'occupe de prévention et/ou de traitement de l'alcoolisme et/ou de la toxicomanie ;
3. pour une consultation dans une maison d'accueil pour bénéficiaires maltraités;
4. pour régler la situation particulière de bénéficiaires non inscrits qui au cours de certaines périodes de l'année séjournent temporairement dans la zone géographique visée à l'article 21, 1°.

Les exceptions visées aux points 1° à 4° de l'alinéa précédent ne peuvent être accordées qu'après une évaluation méticuleuse décrivant clairement les dispensateurs de soins, l'activité et le groupe cible. Il faut également motiver la raison pour laquelle le paiement forfaitaire n'est pas appliqué dans ces cas. La demande d'octroi des exceptions est soumise à la Commission par les dispensateurs de soins. La Commission communique sa décision motivée aux dispensateurs de soins.

Dans tous les autres cas mentionnés dans les accords et dans lesquels il est dérogé aux rémunérations forfaitaires des médecins, toute possibilité de rémunérer les consultations et visites à l'acte est exclue. »

Imputabilité et sanctions

L'article 142 §1^{er} de la loi ASSI dispose que :

« 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 :

(...)

2° *le remboursement du remboursement indûment attesté 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°;*

(...) »

L'article 156 §1^{er} de la loi ASSI dispose que :

« (...) les décisions des Chambres de première instance visées à l'article 142 (...) sont exécutoires de plein droit par provision, nonobstant tout recours. Des délais de paiement peuvent être accordés uniquement sur la base d'une demande motivée et appuyée par toute pièce utile permettant d'en apprécier le bien-fondé.

Les sommes dues sont payées dans les trente jours de la notification des décisions visées à l'alinéa 1er. A défaut de paiement dans ce délai, les sommes restant dues produisent, de plein droit, des intérêts au taux d'intérêt 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.

Dans le cas où le débiteur reste en défaut, 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.

Le taux d'intérêt légal en matière sociale est fixé à 7%, conformément à l'article 2 §3 de la loi du 5 mai 1865 précitée.

L'article 157 §1er de la loi ASSI dispose que :

« (...) la Chambre de première instance (...) peut décider qu'il sera sursis, en tout ou en partie, à l'exécution des décisions infligeant les amendes visées à l'article 142.

Le sursis, d'une durée de un à trois ans, peut être accordé lorsque dans les trois ans précédent le prononcé, aucune amende administrative n'a été infligée ni 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'Institut.

Le sursis est révoqué de plein droit lorsque le dispensateur est condamné du chef d'une nouvelle infraction visée à l'article 73bis, commise pendant le délai d'épreuve.»

Enfin, l'article 164, alinéa 2, de la loi ASSI dispose 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.* »

En droit pénal social, la majorité des délits sont considérés comme des infractions dites « réglementaires ». En effet, « *le législateur n'a pas expressément prévu, comme condition de l'existence de l'infraction, une intention ou un défaut de prévoyance ou de précaution* »¹. Ces infractions « *punissent la simple violation matérielle de leur prescription. Elles ne recherchent que l'acte lui-même, le punissent dès qu'il est constaté et ne s'enquièrent ni de ses causes, ni de la volonté qui l'a dirigé* »².

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.

Comme le rappelle la Cour de cassation, « *l'élément moral de ces délits peut consister (...) en une négligence. L'existence de cet élément moral peut être déduite du simple fait matériel commis et de la constatation que ce fait est imputable au prévenu, étant entendu que l'auteur est mis hors de cause si un cas de force majeure, une erreur invincible ou une autre cause d'excuse sont établis, à tout le moins, ne sont pas dénués de crédibilité* »³.

L'auteur d'une infraction sociale peut démontrer ne pas avoir agi librement en rapportant la preuve de l'existence d'une cause de justification : la force majeure (ou contrainte), l'état de nécessité, l'erreur ou l'ignorance invincible et l'ordre de l'autorité.

Lorsqu'une erreur est invoquée, elle doit être « invincible ». Ceci signifie que l'auteur de l'infraction doit avoir « *agi comme l'aurait fait toute personne raisonnable et prudente placée dans les mêmes circonstances que celle où [il] s'est trouvé* »⁴.

¹ F. KEFER, *Précis de droit pénal social*, 2^e éd., Limial, Anthémis, 2014, p. 68, §61.

² *Idem*.

³ Cass., 24 février 2014, *Pas.*, 2014, p. 488 ; Cass., 21 février 2018, *Chron. D. S.*, 2018, p. 261 ; Cass. 25 avril 2018, *Chron. D. S.*, 2018, p. 264.

Dans le même sens : Cass., 3 octobre 1994, *J.T.*, 1995, p. 26 ; Cass., 27 septembre 2017, *Pas.*, 2017, p. 1743 (en droit du roulage) ; Cass., 9 décembre 2020, R.G. P.20.458.F, <https://juportal.be> (en droit du bien-être animal).

⁴ Cass., 6 septembre 2017, *Pas.*, 2017, p. 1567.

Voy. aussi les décisions citées par C-E. CLESSE, *Droit pénal social*, 3^e éd., Bruxelles, Larcier, 2019, p. 529, §686.

Dans l'appréciation du caractère invincible de cette erreur, « *la jurisprudence se montre le plus souvent assez sévère (...). L'erreur dans laquelle le prévenu a versé n'est pas invincible lorsqu'il a négligé de se renseigner auprès de personnes compétentes. S'il a été mal conseillé, même par une personne qualifiée, il n'est pas nécessairement justifié ; encore faut-il que pareil avis l'ait induit dans un état d'erreur invincible* »⁵. Respecter la réglementation est une obligation personnelle du dispensateur de soins⁶, peu importe la complexité du droit social⁷.

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.

B. Examen des griefs

Le Dr A. ne conteste pas la matérialité des griefs en tant que telle. Il a d'ailleurs intégralement remboursé l'indu.

C. L'amende administrative

1.

Concernant les griefs 1 et 2 du PVC du 10.12.2021 qui concernent des prestations non effectuées, le Dr A. conteste toute intention frauduleuse dans son chef.

Le grief 1 vise 24 prestations facturées en double, voire plus.

Le Dr A. expose que certains cas sont dus à une défaillance du logiciel Health One qui, dans certains cas, envoyait plusieurs fois la même attestation. La facturation se faisait via un système d'enveloppes ce qui ne permet pas matériellement la vérification détaillée des montants perçus pour chaque prestation.

Le Dr A. invoque encore certaines erreurs de son secrétariat.

Le grief 2 vise des prestations non effectuées. Le Dr A. fait valoir que ces prestations ont été réalisées par le Docteur J., il estime ne pas pouvoir être tenu responsable des actes posés par ses collègues.

⁵ F. KEFER, *op. cit.*, p. 83, §74.

⁶ Il peut néanmoins mandater une autre personne physique ou morale pour exécuter cette obligation en son nom, mais cela implique la preuve de l'existence d'un tel mandat (Cass., 29 mai 2002, *Pas.*, 2002, p. 1236).

⁷ C. trav. Liège (sect. Namur), 6 août 2009, *Rev. dr. pén. Entr.*, 2010, p. 55, note C-E. CLESSE.

Le Dr A. a fait le choix de confier sa tarification et sa facturation à son secrétariat, tout comme il a fait le choix d'attester, avec son numéro INAMI, des prestations effectuées par ses collègues.

Le Dr A. est donc le seul responsable, au regard de la loi ASSI, des prestations facturées en son nom, tout comme il est de sa responsabilité de contrôler le travail de ses secrétaires et les données de facturation transmises via le logiciel Health One.

La Chambre de première instance ne retient pas d'intention frauduleuse particulière dans le chef du Dr A. mais, ainsi qu'il l'a été rappelé ci-dessus, une simple négligence suffit à établir l'élément moral requis.

2.

Concernant les griefs 3 à 7 du PVC du 10.12.2021 qui concernent des infractions de non-conformité, le Dr A. fait valoir des erreurs liées au fonctionnement du logiciel Health One, des oubliers liés à la pratique du terrain et à la surcharge de travail ou encore des erreurs commises par son secrétariat.

Ces arguments ne peuvent être retenus pour exonérer le Dr A. de sa responsabilité.

3.

Concernant les griefs retenus dans le PVC du 23.05.2022 :

Outre quelques explications de contexte quant à certains cas particuliers, le Dr A. fait essentiellement valoir que ces prestations se situent essentiellement durant la crise du COVID, période particulièrement éprouvante pour le secteur médical. Il expose avoir reçu nombre de patients non-inscrits qui, sans cela, n'auraient pas pu être pris en charge.

Il considère que l'ampleur de la crise à laquelle le secteur a été confronté constitue une circonstance exceptionnelle qui l'a amené à prendre des mesures afin de traiter tous les patients qui se présentaient, même si cela s'est fait au détriment du respect de la réglementation.

Le Chambre de première instance ne nie pas les difficultés auxquelles ont été confrontés les médecins durant la période du Covid.

Toutefois, de nombreux praticiens ont continué à soigner les patients tout en respectant la réglementation. Comme le relève le SECM, des aménagements avaient par ailleurs été prévus dans la nomenclature, tels que la possibilité d'attester des avis téléphoniques 101990 et 101135 pour des patients non-inscrits.

On relèvera par ailleurs que le nombre de prestations à l'acte retenues en grief n'est pas plus élevé pendant la période « COVID » qu'avant celle-ci.⁸

⁸ Sur base d'un examen rapide, le listing repris en pages 12 à 62 du PVC reprend 14 pages des prestations non-conformes entre le 01.10.2019 et le 13.03.2020, soit +/- 3 pages par mois tandis que ce même listing comprend 37 pages durant la période COVID, soit +/- 1,6 page par mois.

La pratique des prestations à l'acte était donc déjà bien installée au sein de la MM avant l'apparition de la crise COVID.

La force majeure ne peut être retenue.

D. Décision de la CPI

Au vu de ce qui précède, les infractions sont établies dans leur matérialité dans le chef du Dr A. et aucune cause d'excuse ne peut être retenue.

Il convient d'appliquer une amende administrative dont le caractère dissuasif rappellera au Dr A. l'importance de se conformer aux règles et les responsabilités qui pèsent sur lui en sa qualité de dispensateur de soins.

Concernant les griefs de prestations non effectuées, eu égard à la gravité des infractions, la CPI est d'avis qu'une amende de 150 % du montant de la valeur des prestations, accompagnée d'un sursis pour le 1/3, telle que sollicitée par le SECM, est appropriée et proportionnée.

Concernant les griefs de non-conformité, le montant des amendes apparaît excessif eu égard aux explications fournies par le Dr A., au contexte de crise dans lequel s'inscrivent certains griefs, à l'attitude collaborante du Dr A., au fait qu'il ait intégralement remboursé l'indu et à la remise en question dont il fait preuve (notamment par l'acquisition d'un nouveau logiciel de tarification).

La CPI estime qu'une amende équivalente à 25 % de la valeur des prestations assortie d'un sursis de 3 ans pour la moitié constituera une sanction adéquate.

E. Application : intérêts de retard

Le Dr A. et la SRL B. disposent de 30 jours pour effectuer les paiements auxquels ils ont été condamnés, conformément à l'article 156 §1^{er} de la loi ASSI.

A défaut, des intérêts au taux légal en matière sociale (7%) seront dus de plein droit à l'expiration de ce délai.

PAR CES MOTIFS,

LA CHAMBRE DE PREMIERE INSTANCE,

Statuant après un débat contradictoire,

Déclare la demande du SECM à l'égard du Dr A. et de la SRL B. recevable et partiellement fondée ;

En conséquence,

- Déclare les griefs établis pour tous les cas cités dans la note de synthèse ;
- Prend acte de ce que l'indu a été intégralement remboursé ;
- Condamne le Dr A. au paiement d'une amende administrative s'élevant à 150% du montant de la valeur des prestations indues pour les griefs 1 et 2 retenus dans le PVC du 10.12.2021, soit la somme de 16.813,54 euros (article 142, §1er, 1° de la loi SSI), dont 2/3 en amende effective (11.209,03 euros) et 1/3 en amende assortie d'un sursis de trois ans (5.604,51 euros) ;
- Condamne le Dr A. au paiement d'une amende administrative s'élevant à 25 % du montant de la valeur des prestations indues pour les griefs 3 à 7 retenus dans le PVC du 10.12.2021 et les griefs 1 et 2 retenus dans le PVC du 23.05.2022, soit la somme de 35.501,13 euros (article 142, §1er, 2° de la loi SSI), dont 1/2 en amende effective (17.750,56 euros) et 1/2 en amende assortie d'un sursis de trois ans (17.750,56 euros).
- Dit 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, seront dus, de plein droit, à compter de l'expiration de ce délai.

La présente décision est prise par la Chambre de première instance composée de Madame Estelle RASSON, présidente, du docteur Georges DESQUIENS, membre présenté par les organismes assureurs, et du Docteur Pierre HOFFREUMON, membre présenté par les organisations représentatives du corps médical.

Et prononcée à l'audience publique du 21 octobre 2025 par Madame Estelle RASSON, présidente, assistée de Madame Françoise DELROEUX, greffière.

DELROEUX Françoise
Greffière

RASSON Estelle
Présidente