

DECISION DE LA CHAMBRE DE PREMIERE INSTANCE DU 23 OCTOBRE 2025

Numéro de rôle FA-006-24

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 ;

Partie requérante, comparaisant par le Docteur D., médecin-inspecteur et par Madame E., juriste.

CONTRE : **Monsieur A.**
médecin généraliste agréé + titulaire d'attestation ECG

Et SRL B.

Parties défenderesses, comparaisant en personne et assistées de
Maître C., avocat.

I. PROCEDURE

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

- la requête du Service d'évaluation et de contrôle médicaux (ci-après le SECM), reçue au greffe de la Chambre de première instance le 29.04.2024 et notifiée aux parties le 30.04.2024 ;
- la note de synthèse et le dossier du SECM ;
- les conclusions des défenderesses ;
- les conclusions en réplique du SECM ;
- les différentes convocations en vue de l'audience du 11.09.2025.

Les parties ont comparu à l'audience du 11.09.2025, audience à laquelle les débats ont été clos et le dossier pris en délibéré.

Il a été fait application de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 (ci-après loi ASSI) et de l'arrêté royal du 9 mai 2008 fixant les règles de fonctionnement et le règlement de procédure des chambres de première instance et de recours.

II. OBJET DE LA DEMANDE

En termes de requête, le SECM demande à la Chambre de première instance de :

- Déclarer établi le grief formulé pour tous les cas cités dans la note de synthèse ;
- Condamner solidairement Monsieur 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 62.102,58 euros (article 142, §1er, 2°, de la loi SSI) ;
- Condamner Monsieur A. au paiement d'une amende administrative s'élevant à 25 % du montant de la valeur des prestations indues, soit la somme de 15.525,64 euros (article 142, §1er, 2° de la loi SSI) ;
- Dire qu'à défaut de paiement des sommes dues dans les 30 jours de la notification de la décision de la Chambre de première instance, des intérêts au taux légal en matière sociale, tel que prévu à l'article 156, §1er de la loi SSI, seront dus, de plein droit, à compter de l'expiration du délai précité.

III. LA DEMANDE DE MONSIEUR A. ET DE LA SRL B.

En termes de conclusions, Monsieur A. demande à la CPI de :

- A titre principal, déclarer non-fondées les demandes du SECM ;
- A titre subsidiaire, dire pour droit que l'infraction mise à charge du Docteur A. ne justifie pas le prononcé d'une amende administrative ;
- A titre encore plus subsidiaire, réduire le taux de l'amende administrative à 5% de la valeur des prestations indues et, en tout état de cause, assortir celle-ci d'un sursis total, conformément à l'article 157, §1 er, de la loi SSI, ou, à tout le moins, d'un sursis partiel dans les proportions à fixer par la Chambre.

IV. SYNTHESE DES FAITS

L'enquête nationale concerne la facturation de prestations à l'acte par des dispensateurs qui travaillent en maison médicale au forfait.

Le docteur A. est médecin généraliste agréé depuis 1999, porteur d'un certificat en électrocardiographie. Il est également maître de stage et forme chaque année 3 assistants.

Il a été médecin contrôleur fédéral chez ... jusqu'en 2017 et il est également urgentiste mais ne pratique plus la médecine d'urgence.

Le docteur A. travaillait comme médecin généraliste à l'acte jusqu'au 01/07/2018, date à laquelle il a créé la MM F. (numéro INAMI ...) et passe au forfait.

Le docteur A. travaille en tant qu'indépendant et est administrateur depuis le ... de la SRL B., qui est perceptrice de ses honoraires. Cette société est également perceptrice des forfaits mensuels versés par les OA à la MM F.

La MM F. compte 5 secrétaires qui gèrent l'accueil et le travail administratif. Elles s'occupent des inscriptions au forfait des patients. Durant la période reprochée dans le PVC du 08/07/2022, il y avait en exercice 2 médecins généralistes agréés, le docteur A. avec ses 3 assistants, et le docteur G. (...). Il y avait également un, puis deux infirmiers et deux kinésithérapeutes. Il y a aussi des dentistes et un diététicien actif au sein de la MM.

Le docteur A. n'a pas d'activité médicale en dehors de la MM. Il ne fait plus de gardes lui-même mais ses assistants en font sous sa supervision à la Les honoraires de garde de ses assistants sont versés sur le compte de sa société puis reversés aux assistants.

A la MM c'est le logiciel Medispring qui est utilisé pour le DMI (dossier médical informatisé) et la facturation en tiers payant des prestations à l'acte. Le docteur A. ne facture que via le système du tiers payant.

Le profil comptable est repris en pages 5 à 8 de la note de synthèse annexée à la requête.

V. FONCTIONNEMENT DES MAISONS MEDICALES (MM)

Il est régi par l'article 52, §1^{er} de la loi ASSI et l'arrêté royal du 23 avril 2013¹.

Le remboursement des soins dispensés dans les maisons médicales (MM) se fait d'une manière spécifique et fixe : lorsqu'un patient est inscrit dans une maison médicale², celle-ci prend en charge ses soins dans leur globalité (« au forfait »).

Pour couvrir le coût de ces soins, la maison médicale conclut un accord de paiement forfaitaire avec les organismes assureurs (OA) sur base duquel les OA pourront la rembourser.

Les OA versent à chaque maison médicale un montant fixe (forfaitaire mensuel) indépendamment du nombre de contacts avec le patient, montant fixé par patient inscrit et par discipline (médecin, infirmier, kinésithérapeute).

Ce montant fixe couvre différents frais s'ils sont proposés par la MM³.

Un dispensateur de soins qui exerce dans une maison médicale n'a plus l'autorisation de pratiquer à l'acte, ni dans la maison médicale, ni en dehors de celle-ci, hors exceptions reprises dans l'art. 15 § 2 de l'arrêté royal du 23/04/2013 relatif aux maisons médicales.

¹ Arrêté royal portant exécution de l'article 52, § 1^{er}, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, relatif aux maisons médicales

² Voir art.15 de l'arrêté royal du 23 avril 2013

³ Pour la médecine générale : toutes les consultations et visites, ainsi que les prestations liées au dossier médical global (DMG) et les avis à distance

Pour la kinésithérapie : toutes les prestations mentionnées dans la nomenclature

Pour les soins infirmiers : toutes les prestations mentionnées dans la nomenclature

Ainsi, les dispensateurs de soins peuvent dispenser des prestations et percevoir des honoraires à l'acte si ces prestations sont dispensées aux bénéficiaires inscrits, au cours du mois civil de l'inscription. Le bénéficiaire peut toutefois, lors de sa première inscription, demander que les prestations soient remboursées à l'acte au cours d'une période de maximum trois mois qui ne peut être renouvelée. Cette option est transmise également à l'OA, via le formulaire d'inscription ou électroniquement.

Les dispensateurs de soins peuvent aussi effectuer des prestations contre paiement à l'acte 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.

Enfin, il est possible de facturer des prestations à l'acte dans le cadre d'exceptions au forfait :

- pour des consultations dans un centre de planning familial ;
- pour une consultation dans un centre qui s'occupe de prévention et/ou de traitement de l'alcoolisme et/ou de la toxicomanie ;
- pour une consultation dans une maison d'accueil pour bénéficiaires maltraités ;
- 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° de l'arrêté royal pour autant que cela concerne des bénéficiaires non-inscrits.

Ces dernières exceptions ne peuvent être accordées qu'après une évaluation méticuleuse de chaque dossier de demande, 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 le cas de Monsieur A., les prestations identifiées dans les données comme relevant des exceptions décrites dans l'Arrêté royal ont été prises en compte lors de l'analyse des données qui a précédé l'envoi des procès-verbaux de constat (PVC) aux prestataires concernés par l'enquête. Les prestations attestées identifiées en tant que telles ont été éliminées des prestations reprochées.

VI. ANTECEDENTS

Néant.

VII. ANALYSE DU GRIEF

Grief 1 – prestations non conformes

Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer les documents réglementaires visés dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 ou ses arrêtés d'exécution 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.

Infraction visée à l'article 73 bis, 2° de la LC.

Il s'agit de 2.444 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.

Les faits reprochés visent les prestations mentionnées en page 12 de la note de synthèse.

Il n'est pas contesté que les prestations ont bien été effectuées. Ce qui est reproché, c'est leur non-conformité avec la législation, ayant été facturées à l'acte alors qu'elles étaient englobées dans le forfait.

Le Docteur A. invoque l'illégalité de l'article 15 §2 de l'A.R. du 23 avril 2013 et donc, son écartement en application de l'art. 159 de la Constitution.
Trois moyens justifieraient cette illégalité.

1) L'absence d'habilitation du Roi pour prendre un tel A.R.

L'article 52 dispose :

« Des accords prévoyant le paiement forfaitaire des prestations peuvent être conclus entre les organismes assureurs et les dispensateurs de soins pratiquant les tarifs d'honoraires de la convention ou de l'accord visé à l'article 50.

Les parties concernées par un accord forfaitaire doivent respecter les dispositions qui régissent leurs rapports dans le cadre de la présente loi coordonnée.

Le Roi fixe, après avis de la commission composée en application des dispositions de l'alinéa 5, et du Comité de l'assurance, les règles en vertu desquelles ces accords sont conclus et détermine les normes selon lesquelles la charge des forfaits est répartie entre les organismes assureurs.

Les accords concernant le forfait sont conclus au sein d'une commission présidée par le fonctionnaire-dirigeant du Service des soins de santé ou par son délégué, et composée par des représentants des organismes assureurs d'une part et les dispensateurs de soins visés par l'accord d'autre part. La conclusion finale de l'accord n'est acquise que si le vote réunit les deux tiers des organismes assureurs; l'accord ainsi conclu engage tous les organismes assureurs. Ils sont soumis à l'avis du Comité de l'assurance et à l'approbation du Ministre.

La composition et les règles de fonctionnement de la commission concernant l'avis visé à l'alinéa 3 et concernant l'application des règles, notamment pour ce qui est du calcul et du paiement des montants forfaitaires, sont fixées par le Roi.

§ 2. En cas de dépassement d'honoraires constaté à plusieurs reprises dans le chef des personnes ayant adhéré ou étant réputées avoir adhéré à une convention ou à un accord, l'organe au sein duquel la convention ou l'accord a été réalisé peut décider à leur égard de supprimer ou de diminuer les avantages octroyés en vertu de l'article 54.

§ 2bis. Les conventions et accords contiennent des clauses relatives à la manière dont est effectué le contrôle du respect des engagements par les dispensateurs de soins qui y ont adhéré. Sans préjudice des missions légales de contrôle des organismes assureurs,

les commissions compétentes transmettent au Comité de l'assurance un rapport sur le respect des conventions et accords, notamment sur base de demandes de renseignements auprès des bénéficiaires. »

Le Docteur A. conclut, de la lecture de cet article, que l'habilitation donnée au Roi ne vise que les règles en vertu desquelles les accords forfaitaires sont conclus entre les organismes assureurs et les dispensateurs de soins et les normes selon lesquelles la charge des forfaits est répartie entre les organismes assureurs.

Le Roi ne disposerait donc d'aucune habilitation en ce qui concerne les rapports entre la MM et les patients qui n'adhèrent pas à une MM.

Position de la CPI

Il est de jurisprudence constante du Conseil d'Etat et de la Cour Constitutionnelle que « le pouvoir législatif reste entièrement libre de fixer la limite entre la loi et le règlement. Cette distinction est cohérente avec la théorie générale des délégations au sein des pouvoirs publics, qui interdit seulement à un organe de déléguer ce qui constitue le cœur de sa compétence, et non les aspects accessoires ²⁹. (29 P. GOFFAUX, « La délégation de pouvoir : condition et forme de son exercice », A.P.T., 2011, n° 2, p. 126, commentaire sous C.E., 26 octobre 2010, asbl G.O.C.A., n° 208.462 ; M. UYTENDAELE, Précis de droit constitutionnel belge, 3e éd., Bruxelles, Bruylant, 2005, n° 29; B. LOMBAERT, « La délégation de compétence en matière administrative et le pouvoir d'évocation du délégant », A.P.T., 1997, n° 3, p. 155).

[...]

La Section de législation du Conseil d'Etat a rappelé à de très nombreuses reprises que « pour concilier les principes constitutionnels régissant la répartition des compétences entre le législateur et le Gouvernement, les éléments essentiels de la réglementation envisagée doivent figurer dans le texte même du décret (ou de la loi). Les limites de la délégation consentie au Gouvernement doivent être définies par le décret (ou la loi) aussi précisément que possible, de préférence en indiquant, de manière concrète, les circonstances dans lesquelles il peut être fait usage de cette délégation et en définissant, à tout le moins dans leurs grandes lignes, les mesures à prendre » ; elle ajoute que « ce procédé assure qu'un débat peut avoir lieu au sein d'une assemblée délibérante démocratiquement élue au sujet de l'essence de la réglementation » ³⁵. (R. ANDERSEN et P. NIHOUL, « Le Conseil d'Etat – Chronique de jurisprudence 1999 », R.B.D.C., 2000, n° 3-4, p. 395 et les très nombreux exemples »).

L'auteur conclut ainsi

« Il nous semble qu'on peut en déduire qu'il existe bien un ordre normal de la répartition des compétences entre le pouvoir législatif et le pouvoir exécutif, même en dehors des matières expressément réservées à la loi par la Constitution, que cet ordre normal impose en règle au pouvoir législatif de régler les « éléments essentiels » ou les « choix politiques essentiels » d'une matière avant d'abandonner une part plus ou moins importante de cette matière au pouvoir d'exécution du Roi, et que le pouvoir législatif ne saurait y déroger sans une raison valable, plus ou moins pressante suivant l'étendue de l'habilitation. »

La lecture des dispositions par le Docteur A. n'est pas correcte.

⁴ BELLEFLAMME François, « Le principe de légalité en dehors de matière réservée à la loi par la Constitution »,

<https://dial.uclouvain.be › downloader>

Elle omet l'alinéa 2 de l'article 52, §1er, qui dispose que « Les parties concernées par un accord forfaitaire doivent respecter les dispositions qui régissent leurs rapports dans le cadre de la présente loi coordonnée. »

L'alinéa 1^{er} précise quels sont les intervenants liés par les accords, dont les dispensateurs de soins.

Et le Roi est habilité à déterminer lesdites dispositions.

C'est par un raccourci partant d'une supposition inexacte que le Docteur A. conclut à l'illégalité de l'article 15 §2.

Ajoutons que le Conseil d'état, dans son avis concernant cet arrêté royal, et notamment son article 15, ne relève aucune problématique d'habilitation quelconque⁵.

Ce moyen n'est pas fondé.

Enfin, l'arrêté royal du 23 avril 2013 n'oblige pas les dispensateurs de soins à s'inscrire dans le cadre du paiement forfaitaire lié aux maisons médicales et s'ils le font, c'est en parfaite connaissance de cause : ils n'ignorent pas que cela exclut la possibilité de facturer à l'acte (sauf pour les exceptions prévues par l'arrêté royal).

La décision d'adhérer ou non au système du paiement forfaitaire est laissée à l'appréciation du dispensateur de soins.

2) Le patient doit pouvoir choisir son dispensateur de soins

Selon le Docteur A., l'article 15, §2, de l'arrêté royal du 23 avril 2013, doit être écarté en application de l'article 159 de la Constitution, en raison de la violation que suscite l'application de cette disposition réglementaire au droit du patient au libre choix de son dispensateur de soins consacré par l'article 6, §1er, de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient dès lors qu'un patient ne pourrait faire appel, en dehors d'une MM à un prestataire de soins participant à une MM.

L'article 6 de la loi du 22 août 2002 dispose

« § 1. Le patient a droit au libre choix du professionnel des soins de santé et a le droit de modifier son choix, sauf limites imposées dans ces deux cas en vertu de la loi⁶.

§ 2. Le professionnel des soins de santé informe le patient de la mesure dans laquelle, par suite de mesures qui lui sont imposées, il ne répond pas aux conditions pour l'exercice de sa profession et de sa pratique.

A la demande du patient, le professionnel des soins de santé informe le patient de sa compétence et de son expérience professionnelle.

§ 3. Le professionnel des soins de santé informe le patient de ce qu'il dispose ou non d'une couverture d'assurance ou d'une autre forme individuelle ou collective de protection concernant la responsabilité professionnelle. »

Position de la CPI

Dans de nombreuses hypothèses, par l'effet de la loi ou des circonstances, ce droit peut être limité voir supprimé.

⁵ C.E., section Législation, Avis 52.946/2 du 20 mars 2013

⁶ Souligné par nous

Selon S. CALLENS,

« Tant la loi que les situations réelles peuvent limiter le droit de choix du patient. Par exemple, le praticien a toujours la possibilité de refuser de traiter un patient, ou le praticien souhaité peut ne pas être disponible pendant une période de garde. En outre, l'organisation interne d'une institution, par exemple un hôpital, peut également empêcher le patient d'être pris en charge par le professionnel de son choix si, par exemple, ce professionnel n'est pas affilié à l'institution dans laquelle le patient souhaite être traité. Dans ce cas, le patient ne peut pas exiger que l'hôpital autorise ce praticien particulier dans son établissement pour le traiter en tant que patient. Il en va de même si l'hôpital a mis fin à sa collaboration avec le médecin.

En ce qui concerne les restrictions légales au droit au libre choix d'un professionnel, on peut citer, par exemple, la médecine du travail, la loi sur les accidents du travail, le traitement médical des détenus et des internés et l'admission obligatoire des malades mentaux. De même, la loi relative à l'aide médicale urgente, qui détermine quel patient doit être transféré vers quel hôpital en cas d'appel d'urgence, implique une restriction du droit du patient au libre choix du professionnel (F. Dewallens et P. Schoukens in Handboek gezondheidsrecht, 2014)⁷ ».

Le Docteur A. part d'une prémisse inexacte, à savoir que l'article 15 §2 de l'arrêté royal du 23 avril 2013 relatif aux maisons médicales limiterait le droit du patient au libre choix du professionnel des soins de santé.

Cet arrêté royal précise que pour pouvoir bénéficier de ce forfait⁸, le patient doit s'inscrire auprès du dispensateur de soins concerné. Si le patient refuse de s'inscrire dans le système forfaitaire, il ne peut alors bénéficier de l'intervention de l'assurance maladie-invalidité, le prestataire de soins au forfait ne pouvant attester les prestations que dans le système forfaitaire. L'article 15 §2 de l'arrêté royal qui pose l'interdiction pour le dispensateur de soins de facturer à l'acte les prestations visées par l'accord forfaitaire ne limite pas le droit du patient quant au choix de son médecin mais uniquement l'intervention de l'assurance maladie-invalidité.

La réglementation n'a pas d'impact sur la prestation de santé, et donc sur l'accès du patient au prestataire de son choix, mais uniquement sur son financement.

Cet argument n'est donc pas pertinent.

3) La violation de la liberté d'entreprendre dont bénéficient les dispensateurs de soins

La liberté d'entreprendre est notamment consacrée par l'article 11.4. du Code de droit économique, qui dispose que:

« Art. 11.4. La liberté d'entreprendre s'exerce dans le respect des traités internationaux en vigueur en Belgique, du cadre normatif général de l'union économique et de l'unité monétaire tel qu'établi par ou en vertu des traités internationaux et de la loi, ainsi que des lois qui intéressent l'ordre public et les bonnes mœurs et des dispositions impératives. »

⁷ <https://www.callens-law.be/FullNews?newsRecordID=57&lang=fr>

⁸ Souligné par la CPI

Selon le Docteur A., l'article 15, §2, de l'arrêté royal du 23 avril 2013 emporte une restriction à l'exercice de l'art médical, en ce qu'il prévoit que le dispensateur de soins ne peut pas prêter à l'acte au profit de bénéficiaires qui n'adhèrent pas à une maison médicale qui fonctionne selon le système du forfait.

Position de la CPI

Cette argumentation doit recevoir la même réponse que le point 2.
Aucune restriction n'est mise à la liberté d'entreprendre et le Docteur A. peut évidemment recevoir les patients qui le souhaitent.

A nouveau, c'est l'intervention de l'INAMI qui sera supprimée s'il souhaite facturer à l'acte.

Mais il conserve sa liberté d'entreprendre.

Rappelons que c'est un libre choix du dispensateur de soins d'adhérer ou non au système forfaitaire en contractant avec les organismes assureurs un accord en vue du paiement forfaitaire de ses prestations de médecine générale. C'est donc une décision du dispensateur de soins de souhaiter que l'assurance obligatoire rémunère ses prestations de médecine générale au forfait et non à l'acte.

Conclusions

Il n'y a pas lieu d'écarter les dispositions de l'article 15 de l'arrêté royal du 23 avril 2013. Les faits sont établis et leur matérialité n'est pas contestée.

VIII. LA DEMANDE DE TITRE EXÉCUTOIRE

Le SECM introduit une demande de récupération tendant à la condamnation du Docteur A. et de la SRL B. au remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé, soit la somme de 62.102,58 euros (article 142, §1er, 2°, de la loi SSI).

Le grief étant établi, il convient de faire droit à cette demande.

IX. LES INTÉRÊTS

L'article 156, §1er alinéa 2 de la loi SSI (tel que modifié par l'article 26, 1°, de la loi du 17 juillet 2015 portant des dispositions diverses en matière de santé, M.B. du 17 août 2015) dispose que :

« § 1er. Les décisions du fonctionnaire dirigeant du Service d'évaluation et de contrôle médicaux ou du fonctionnaire désigné par lui, visées à l'article 143, les décisions des Chambres de première instance visées à l'article 142, et les décisions des Chambres de recours, visées aux articles 142 et 155, 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 ».

X. L'AMENDE ADMINISTRATIVE

Le SECM demande la condamnation du Docteur A. à une amende de :

- au titre du seul grief, 25% du montant de la valeur des prestations à rembourser, soit une amende d'un montant de 15.525,64 euros.

Le Docteur A. demande :

- Qu'il n'y ait pas d'amende,
- Subsidiairement qu'elle soit réduite à 5% de la valeur des prestations à rembourser,
- Qu'il puisse bénéficier d'un sursis total.

Position de la CPI

- Quant au principe de l'amende

Le grief étant établi, l'amende administrative peut être prononcée.

Le Docteur A. invoque comme argument, l'absence d'antécédents dans son chef, l'absence d'informations adéquates, le remboursement intervenu via les OA.

L'article 142 de la loi ASSI mentionne « § 1er. 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 73 bis ».

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.

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.

C'est ce qu'a rappelé la Cour de cassation dans un arrêt du 24 février 2014 :

« 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. »⁹

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 prudente¹⁰.

La complexité de la législation sociale en vigueur ne peut être considérée comme source d'erreur invincible¹¹.

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 invincible¹².

Les dispensateurs de soins sont tenus par un devoir de rigueur et de vigilance à l'égard de l'assurance soins de santé : ils doivent veiller à s'informer de la réglementation applicable à leur secteur d'activité et de ses modifications éventuelles. En cas de doute, ils doivent se renseigner auprès des autorités compétentes en la matière.

Le Docteur A. n'apporte aucun élément pertinent qui justifierait la suppression de l'amende administrative. Il a librement choisi de travailler au forfait. Il faut en assumer les conséquences.

➤ Quant au montant de l'amende

Le SECM a infligé un pourcentage d'amende de 25% sur une « fourchette » de 5 à 150%, faisant déjà preuve de beaucoup de mansuétude à l'égard du Docteur A., l'amende infligée étant généralement supérieure à 100%.

Il justifie la hauteur de la sanction « compte tenu du nombre important de prestations litigieuses (2.444 prestations pour 1186 bénéficiaires), de la longueur de la période concernée (plus de deux ans), du caractère élevé de l'indu (62.102,58 euros), qui n'a par ailleurs pas été remboursé, et de l'expérience du Docteur A. ».

Aucun élément pertinent n'est apporté pour justifier la réduction de l'amende, déjà limitée.

➤ Quant au sursis

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.

⁹ Cass. 24 février 2014, S.2013.0031.N, Juportal

¹⁰ Cass., 2ème ch., 1er 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.

¹¹ C. HENNEAU et J. VERHAEGEN, Droit pénal général, Bruylant, Bruxelles, 1991, p. 338 ; Anvers, 9 octobre 1997, Chr.D.S., 1998, p. 145; C. trav. Liège, sect. Namur, 6 août 2009, RG n° 8697/08-8700/08 consultable sur [juridat](http://juridat.be) ; cass. 14 mai 2012, Pas. 2012, n°300. CT Liège, 08.11.2010, RG 36410/09, www.juridat.be

¹² Cass., 2ème ch., 1er octobre 2002, RG n° P011 006N.

Le sursis, d'une durée de un à trois ans, peut être accordé lorsque dans les trois ans précédant 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. »

Il ne paraît pas opportun d'accorder le sursis au Docteur A. dans la mesure où il ne paraît pas avoir pris conscience de son comportement inadéquat.

Ayant choisi librement et en toute connaissance de cause le système des MM, il ne pouvait ignorer les contraintes qui s'imposaient à son choix.

L'amende effective sera de nature à le dissuader de reproduire ce comportement.

Pour ces motifs, la CPI confirme l'amende administrative quant à son principe et son montant,

PAR CES MOTIFS

LA CHAMBRE DE PREMIERE INSTANCE,

Statuant contradictoirement à l'égard du SECM, du Docteur A. et de la SRL B.,

Déclare la demande du SECM recevable et fondée.

En conséquence,

Déclare le grief établi et ce faisant,

Condamne solidairement le Docteur A. et la SRL B. à rembourser la valeur des prestations indues s'élevant à 62.102,58 euros,

Condamne le Docteur A. au paiement d'une amende administrative s'élevant à 25% du montant de la valeur des prestations à rembourser, soit une amende d'un montant de 15.565,64 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.

La présente décision est prise par la Chambre de première instance composée de Madame Corinne GUIDET, présidente, des docteurs Sophie CARLIER et Thibaut DUJARDIN, membres présentés par les organismes assureurs, et des Docteurs Pierre HOFFREUMON et Christian MOULART, membres présentés par les organisations représentatives du corps médical.

Et prononcée à l'audience publique du 23 octobre 2025 par Madame Corinne GUIDET, présidente, assistée de Madame Caroline METENS, greffière.

Caroline METENS
Greffière

Corinne GUIDET
Présidente