

DECISION DE LA CHAMBRE DE RECOURS DU 8 JUILLET 2025

Numéro de rôle : FB-007-24

EN CAUSE DE : Monsieur A.

dentiste généraliste

N° INAMI :

Ne comparaissant pas ;

S.R.L. B.

B.C.E. n°

(Déclarée en faillite à la date du ... par jugement du ...).

**CONTRE : 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 C. médecin-inspecteur et par Madame D., juriste.

Exposé des faits :

Monsieur A. est un dentiste qui a constitué une SRL B. Il a fait l'objet de plusieurs enquêtes.

Parmi celles-ci, une enquête thématique pour dépassement du plafond annuel des valeurs P en 2016. Il est en effet aux percentiles 100 et 99 pour plusieurs codes de remboursement.

Cette enquête a donné lieu à une requête du 17.12.2020 (FA-019-20) du SECM devant la Chambre de première instance (CPI) à l'encontre de Monsieur A. et de la SRL B., le grief visé étant une infraction aux dispositions de l'article 6 §19 de la Nomenclature des prestations de santé (NPS) dans la mesure où le nombre de valeurs P attestées pour l'année 2016 dépassait le plafond annuel de 46.000 valeurs P. L'indu total pour ce grief s'élevait à 185.631,88 €.

Par décision du 28.04.2022 (FA-019-20), la CPI déclarait le grief fondé, condamnait solidairement Monsieur A. et la SRL B. à rembourser la somme de 185.631,88 € (une partie l'ayant déjà été) et infligeait une amende de 75 % du montant (avec sursis pour 2/3 de celle-ci).

Monsieur A. et la SRL B. ont interjeté appel de cette dernière décision par requête du 01.06.2022 (FB-008-22).

Par décision du 10.08.2023 (FB-008-22), la Chambre de recours a confirmé la décision prononcée le 28 avril 2022 par la Chambre de première instance en toutes ses dispositions.

Une deuxième enquête a été diligentée pour dépassement du plafond annuel des valeurs P pour l'année 2017. Cette enquête a donné lieu à une décision de la Chambre de première instance le 25.01.2024 (FA-012-22) qui a déclaré le grief fondé, a condamné solidairement Monsieur A. et la SRL B. à rembourser la somme de 176.244,09 € et a infligé une amende de 100 % du montant.

Monsieur A. a interjeté appel de cette décision, la procédure d'appel a donné lieu à une décision du 06.05.2025 de la Chambre de recours (FB-002-24) confirmant la décision du 25.01.2024.

Par ailleurs, Monsieur A. a fait l'objet de mesures de suspension des paiements en régime du tiers payant :

- Pour une durée de 12 mois à partir du 24.09.2020 (confirmé par une décision de la Chambre de première instance le 01.10.2021 – FA-016-20) ;
- Pour une durée de 12 mois à partir du 21.09.2022 (confirmé par une décision de la Chambre de première instance le 11.07.2023 – FA-010-22). L'appel contre cette décision est encore pendant.

Par requête adressée le 10.10.2023 (FA-013-23) par le Fonctionnaire-dirigeant du SECM, en application des articles 142 §1er et 144 §2 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, celui-ci sollicitait de la CPI de condamner solidairement Monsieur A. à rembourser la valeur des prestations indues (année 2020), soit 501.027,69 €, de condamner Monsieur A. à payer une amende s'élevant à 150 % du montant de la valeur des prestations indues, soit 751.541,53 € et de prononcer une interdiction d'utiliser le régime du tiers payant durant une période de 2 ans ;

Par requête adressée le 20.11.2023 (FA-020-23) par le Fonctionnaire-dirigeant du SECM, en application des articles 142 §1er et 144 §2 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, celui-ci sollicitait de la CPI de condamner solidairement Monsieur A. et la S.P.R.L. B. à rembourser la valeur des prestations indues (4^{ème} trimestre 2019), soit 111.066,36 €, de condamner Monsieur A. à payer une amende s'élevant à 150 % du montant de la valeur des prestations indues, soit 166.599,54 € et de prononcer une interdiction d'utiliser le régime du tiers payant durant une période de 2 ans.

Ces requêtes concernent le grief suivant :

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

Infraction visée à l'article 73 bis 2° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

Infraction aux dispositions de l'article 6 §19 de la Nomenclature des prestations de santé (NPS) dans la mesure où le nombre de valeurs P attestées pour l'année 2020 dépasse le plafond annuel de 46.000 valeurs P et le nombre de valeurs P attestées pour le quatrième trimestre 2019 est supérieur au seuil trimestriel maximal autorisé de 13.000 ».

Par décision du 02 juillet 2024 (FA-013-23 et FA-020-23), la Chambre de première instance :

Déclarait la demande du SECM à l'égard de Monsieur A. et la S.R.L. B. recevable et fondée ;

A dit pour droit que les éléments constitutifs de l'infraction visée à l'article 73bis, alinéa 1er, 2°, de la loi ASSI sont établis dans le chef de M. A. ;

Et en conséquence, a :

- Déclaré le grief établi pour tous les cas cités dans les notes de synthèse ;
- Condamné 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 111.066,36 euros ;
- Condamné Monsieur A. au paiement d'une amende administrative s'élevant à 150 % du montant de la valeur des prestations indues, soit la somme de 166.599,54 euros ;
- Condamné Monsieur A. au remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé, soit la somme de 501.027,69 euros ;
- Condamné Monsieur A. au paiement d'une amende administrative s'élevant à 150 % du montant de la valeur des prestations indues, soit la somme de 751.541,53 euros ;

- Interdit à Monsieur A. d'utiliser le régime du tiers-payant pendant une durée de deux ans à partir du 1^{er} août 2024 ;
- Dit qu'à défaut de paiement des sommes dues par Monsieur A. et la SRL B. 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.

Par **requête du 16.09.2024** (FB-007-24), Monsieur A. et la SRL B. interjetaient appel de la décision du 02 juillet 2024.

L'appel, régulier dans la forme et dans le temps est recevable, sa recevabilité n'étant d'ailleurs pas contestée.

La SRL B. a été déclarée en faillite le ... par jugement du ... du tribunal de l'entreprise de ... et Me E. désigné curateur.

Par note déposée à l'audience de la Chambre de recours du 26 juin 2025, le SECM précise que certains codes relatifs à des dépassements de valeur P repris dans le PVC du 23 septembre 2021 ont fait l'objet du jugement prononcé par défaut par le tribunal correctionnel de ... le ... (...) de sorte qu'il se désiste de ceux-ci.

Il s'agit des codes : 377016, 377031, 377053, 377090, 377274, 377230, 377112, 377134, 307016, 307031, 307053, 307090, 307274, 307252, 307252, 307230, 307112, 307134, 304533, 304555, 304512, 304570.

Le SECM réduit donc sa demande comme suit :

- Indu résultant du dépassement de la valeur P du 4^{ème} trimestre 2019 : 108.531,17 euros au lieu de 111.066,36 euros ;
- Indu résultant du dépassement de la valeur P pour l'année 2020 : 486.057,20 euros au lieu de 501.027,69 euros ;

Le SECM sollicite également que l'amende infligée soit réduite à due concurrence.

Discussion :

1) Eléments matériels constitutifs des infractions - remboursement de l'indu - Principes:

En application de l'article 142§1,2° de la loi coordonnée le 14.07.1994 (pour les faits commis à partir du 15.05.2007), le dispensateur de soins qui porte en compte à l'assurance soins de santé des prestations non conformes ou non effectuées est sujet au remboursement de la valeur des prestations concernées.

Il suffit que les éléments matériels constitutifs d'une infraction "réalité" ou "conformité" (comme c'est le cas en l'espèce) basée sur l'article 73bis de la loi coordonnée le 14.07.1994 soient établis pour entraîner une obligation de remboursement de l'indu sans qu'aucun élément moral ne soit requis.

L'existence d'une éventuelle cause de justification (contrainte, erreur, force majeure, etc.) ne fait pas disparaître l'obligation de remboursement de l'indu et ne peut avoir d'incidence, le cas échéant, que par rapport à une éventuelle amende administrative.

Lorsque des prestations sont portées en compte de l'assurance soins de santé en violation de l'arrêté royal du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, un remboursement de la valeur des prestations s'impose d'autant plus que les conditions d'intervention de l'assurance soins de santé sont d'ordre public et d'interprétation stricte.

Par ailleurs lorsque les prestations ont été perçues pour son propre compte par une personne physique ou morale, celle-ci est tenue solidairement au remboursement avec le dispensateur de soins en vertu de l'article 164 al2 de la loi coordonnée du 14.07.1994.

Le Conseil d'Etat a rappelé qu'il n'appartenait pas au prestataire de soins, fut-ce sous couvert d'interprétation téléologique, de modifier la nomenclature, de telles modifications ne pouvant être apportées que par les autorités compétentes et selon les procédures prévues par les dispositions législatives et réglementaires ayant pareil objet (C.E., arrêt n° 130.202 du 9 avril 2004, inédit)

Le non-respect de la nomenclature des prestations de soins de santé contraint dès lors le prestataire de soins à rembourser le montant des prestations indûment portées en compte de l'assurance soins de santé.

2) Dépassement de la valeur P - Principes

L'article 34 de la loi ASSI dispose que les prestations de santé portent tant sur les soins préventifs que sur les soins curatifs et comprennent notamment (1°) les soins courants comportant : e) les soins dentaires, tant conservateurs que réparateurs y compris les prothèses dentaires.

L'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités prévoit en son article 5 :

« Sont considérées comme des prestations qui requièrent la qualification de praticien de l'art dentaire, comme défini à l'article 4 :»

Le coefficient de pondération P est attribué par A.R. 2.6.2015 (en vigueur 1.7.2015)

(...) ».

L'article 6 §19 NPS prévoit que :

« A chaque prestation de l'article 5 est attribué un coefficient de pondération P représentant la partie de l'acte (examen ou traitement) qui requiert obligatoirement la qualification de praticien de l'Art dentaire.

Le coefficient P ne reflète pas l'intervention d'un tiers non praticien de l'Art dentaire ni le coût du matériel utilisé ni l'amortissement des moyens utilisés.

L'intervention de l'assurance est subordonnée à la condition suivante : le total des valeurs P ne peut pas dépasser, par praticien de l'art dentaire :

- *5000 P pour une période donnée d'un mois civil ;*
- *ou 13000 P pour une période donnée d'un trimestre, le premier jour du trimestre étant le 1er janvier ou le 1er avril ou le 1er juillet ou le 1er octobre ;*
- *ou 46000 P pour une période donnée d'une année civile. »*

Cette disposition a été introduite par un arrêté royal du 2 juin 2015.

Le fondement de cet arrêté royal du 2 juin 2015 se trouve à l'article 21 de la loi du 19 mars 2013 portant des dispositions diverses en matière de santé (I) qui a inséré, entre les deuxième et troisième phrases de l'alinéa 2, du paragraphe 1^{er}, de l'article 35 de la loi ASSI, la disposition suivante :

« En ce qui concerne les prestations visées à l'article 34, alinéa 1er, 1^o, e), le Roi peut déterminer dans la nomenclature les paramètres sur la base desquels il peut limiter à un maximum le nombre des prestations pouvant être attestées au cours d'une période de référence déterminée ».

L'extrait de l'exposé des motifs se rapportant à l'article 21 de la loi du 19 mars 2013 précitée est libellé comme suit :

« L'article 35, § 1er, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 détermine les pouvoirs du Roi en ce qui concerne la nomenclature des prestations de santé. Dans les organes de concertation de l'art dentaire de l'INAMI, un consensus s'est formé sur le fait que les profils annuels en dépenses INAMI d'un nombre réduit des praticiens de l'art dentaire prend des proportions irréalistes, dans le sens où il paraît impossible de faire un tel nombre de prestations dans un espace de temps déterminé, sans perdre un minimum de qualité et/ou en appliquant les règles de la nomenclature correctement. A partir de ce constat préoccupant, il est proposé d'étendre les compétences du Roi en matière de nomenclature pour les prestations de l'art dentaire dans le sens où il peut déterminer des paramètres pouvant être utilisés pour limiter le nombre de prestations qui peuvent être portées en compte de l'assurance obligatoire soins de santé au cours d'une période de référence déterminée » (Doc. parl., Ch., 2012-2013, n° 53-2600/001, pp.18-19).

Suivant l'article 73bis de la loi ASSI :

« Sans préjudice d'éventuelles poursuites pénales et/ou disciplinaires et notwithstanding 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 :
(...)

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 ; (...) ».

Suivant l'article 142, § 1^{er} de la même loi :

« 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 de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé, et/ou une amende administrative comprise entre 5% et 150% du montant du remboursement en cas d'infraction aux dispositions de l'article 73bis, 2° ; (...) ».

Le 18 mai 2017, le Conseil d'État a rendu deux arrêts longuement motivés à propos de la légalité de l'arrêté royal du 2 juin 2015 ayant notamment complété l'article 6 de l'arrêté « Nomenclature » par le § 19 précité (arrêts n°238.251 et 238.252, disponibles sur le site Internet du Conseil d'Etat).

3) Dépassement de la valeur P - Application au cas d'espèce :

Monsieur A. et la S.R.L. B. ne contestent pas la matérialité des griefs.

Le PVC du 04.02.2022 reprend l'ensemble des prestations que Monsieur A. a portées en compte entre le 01.10.2019 et le 31.12.2019 en ce qui concerne la date de prestation et du 23.10.2019 au 30.04.2021 en ce qui concerne la date de réception à l'organisme assureur.

La valeur P totale des prestations que Monsieur A. a portées en compte pour le quatrième trimestre de l'année 2019 est de 23.933 (réduite à 23.668 par le SECM) et est donc supérieur au seuil trimestriel maximal autorisé de 13.000 P.

Le montant indu doit se calculer comme suit : $240.787 \text{ euros} / 23.668 \times 13.000 = 132.255,83 \text{ euros}$.

Le montant indu correspond à la différence entre le montant versé par les organismes assureurs, soit 240.787 euros et le montant total accepté de 132.255,83 euros soit **108.531,17 euros** au lieu de 111.066,36 euros.

Le PVC du 20.12.2022 reprend l'ensemble des prestations que Monsieur A. a portées en compte entre le 01.01.2020 et le 31.12.2020 en ce qui concerne la date de prestation et du 15.01.2020 au 13.03.2022 en ce qui concerne la date de réception à l'organisme assureur.

La valeur P totale des prestations que Monsieur A. a portées en compte pour l'année 2020 est de 94.923 (réduit par le SECM à 93.295) et est donc supérieure au seuil annuel maximal autorisé de 46.000 P. Le montant indu doit se calculer comme suit : $958.805,5 \text{ euros} / 93.295 \times 46.000 = 472.748,30 \text{ euros}$.

Le montant indu correspond à la différence entre le montant versé par les organismes assureurs, soit 958.805,5 euros et le montant total accepté de 472.748,30 euros soit **486.057,20 euros** au lieu de 501.027,69 euros.

Pour le surplus aucun enrichissement sans cause n'est établi dans le chef de l'INAMI, les remboursements sollicités par ce dernier ayant comme cause les dispositions légales en la matière sanctionnant le dépassement des valeurs P par le prestataire, rappelées ci-avant.

Conformément à l'article 164, alinéa 2, de la loi ASSI, Monsieur A. et la S.R.L. B. doivent être condamnés solidairement au remboursement de cette somme.

4) Infractions - amende administrative:

4.1) Eléments constitutifs des infractions - principes:

Les infractions "réalité" et "conformité" basées sur l'article 73bis de la loi coordonnée le 14.07.1994 sont passibles d'amende moyennant la réunion de deux éléments, un élément matériel et un élément moral.

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

S'agissant d'une infraction non intentionnelle de nature réglementaire, l'élément moral ne requiert ni intention ni imprudence, une telle infraction est punissable par le seul fait de la transgression de la norme légale ou réglementaire pourvu que cette transgression soit commise librement et consciemment (Cass., 03.10.1994, JT 1995, p.25).

Si le prestataire allègue avec vraisemblance une cause de justification, il appartient au SECM de démontrer que cette cause de justification n'existe pas, ce n'est donc pas au praticien de démontrer l'existence de celle-ci.

L'erreur ou l'ignorance ne peuvent être retenues comme causes de justification que lorsqu'elles sont 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 placée dans les mêmes circonstances. Elle affecte le caractère conscient de l'acte .

La complexité de la législation sociale en vigueur ne peut être considérée comme source d'erreur invincible (CT Liège, 08.11.2010, RG 36410/09, www.juridat.be).

De même la seule 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 invincible. (Cass. 01.10.2002, RG P011006N, www.juridat.be ; Cass 29.04.1998, JLMB 1999, p. 231).

En application de l'article 157 de la loi coordonnée le 14.07.1994, un sursis d'une durée de 1 à 3 ans peut être accordé lorsque dans les trois ans précédant le prononcé, aucune amende administrative n'a été infligée ou aucune demande de remboursement de prestation induite n'a été introduite.

Sous réserve du respect de cette condition, l'octroi d'un sursis est laissé à l'appréciation souveraine de la juridiction administrative.

4.2) Dépassement de la valeur P - Élément moral :

L'article 6, § 19 de la Nomenclature n'établit pas de présomption de fraude mais fixe une limite au-delà de laquelle l'assurance soins de santé n'intervient plus (cf. C.E., 18 mai 2017, arrêt n°238.252, p. 69).

Dès lors que la limite fixée par l'article 6, §19 de la nomenclature est dépassée, il y a infraction de non-conformité si les prestations excédant cette limite ont été portées en compte, sans qu'il soit nécessaire de vérifier l'existence ou non d'une fraude ou l'absence de soins de qualité.

Il en résulte que c'est le seul dépassement d'un des plafonds de valeurs P qui expose le praticien au risque d'un remboursement sans qu'il y ait lieu d'avoir égard au fait que les soins ont été réalisés correctement ou non (CE, arrêt n° 238.251 du 18 mai 2017).

Le système des plafonds de valeurs P ne porte par ailleurs pas atteinte à la liberté de travailler du praticien concerné dont la liberté thérapeutique doit être exercée « en tenant compte des moyens globaux mis à leur disposition par la société » (CE, arrêt n° 238.251 du 18 mai 2017).

L'assurance obligatoire soins de santé et indemnités n'est en effet pas illimitée. Au contraire, la loi ASSI prévoit des possibilités de limitations de l'intervention de l'assurance, comme notamment celle prévue par l'article 35, §1er, alinéa 2, de la loi, qui habilite le Roi à déterminer dans la nomenclature les paramètres sur la base desquels il peut limiter à un maximum le nombre des prestations pouvant être attestées au cours d'une période de référence déterminée.

Il n'est pas démontré que les seuils au-delà desquels l'assurance cesse d'intervenir seraient manifestement déraisonnables. Le prestataire de soins peut différer la réalisation des prestations qui seraient susceptibles de le mener à excéder ces seuils.

Enfin, les plafonds ne concernent pas les soins non repris dans la nomenclature.

Par conséquent, comme le juge le Conseil d'État, la limitation apportée à la liberté thérapeutique est justifiée et raisonnable (CE, arrêt n°238.251 du 18 mai 2017, pp. 63-64).

Il n'est pas non plus établi que la détermination des valeurs P serait entachée d'une erreur manifeste d'appréciation ou aurait été fixée d'une manière déraisonnable.

De même, le caractère dégressif des valeurs P au fur et à mesure de l'allongement de la période de référence ne porte pas atteinte, à elle seule, au principe de proportionnalité et ce même si le système semble ne pas prendre en compte la possible alternance de périodes de travail intenses et de périodes de repos ou d'activités moins intenses.

Il convient de souligner à cet égard que les seuils sont volontairement très élevés et tiennent compte de la possibilité d'une surcharge de travail très importante, mais temporaire. Les seuils fixés reposent sur des charges de travail particulièrement élevées et le prestataire de soins a la possibilité de différer la réalisation des prestations qui seraient susceptibles de le mener à excéder les seuils ; le système de dégressivité est parfaitement prévisible pour le praticien (C.E., arrêt n° 238.251 du 18 mai 2017, pp. 50 et 5961).

4.3) Application au cas d'espèce:

Le SECM sollicite la confirmation de la condamnation de Monsieur A. au paiement d'une amende administrative égale à 150 % du montant de l'indu.

Comme relevé ci-avant, l'élément matériel de l'infraction « non-conformité » est bien établi.

L'élément moral est également établi, le non-respect de la nomenclature des prestations de santé ayant été commis librement et consciemment par M. A., l'éventuelle bonne foi de même que l'absence d'intention frauduleuse de ce dernier étant sans incidence sur l'existence de l'élément moral.

Un prestataire de soins a par ailleurs un devoir de rigueur, de vigilance et de probité et il doit s'informer sur ses obligations légales.

En sa qualité de dentiste expérimenté, M. A. était justement à même plus que quiconque, de se rendre compte qu'il devait respecter scrupuleusement la nomenclature et ne pas dépasser la valeur P.

C'est donc à juste titre que la Chambre de première instance a estimé que l'infraction avait bien été commise par Monsieur A. qu'elle lui était imputable et qu'aucune erreur invincible ne pouvait être retenue dans son chef.

4.4) Hauteur de la peine:

La sanction prévue à l'article 142, § 1^{er}, al. 1, 1° de la loi ASSI, soit pour les prestations non effectuées, est une amende administrative comprise entre 50 % et 200 % du montant de la valeur des prestations concernées.

La sanction prévue à l'article 142, § 1^{er}, al. 1, 2° de la loi ASSI, soit pour les prestations non conformes – applicable en l'espèce - , est une amende administrative comprise entre 5 % et 150 % du montant de la valeur des prestations concernées.

Il ressort de l'échelle des peines rappelée ci-avant que les infractions relatives à des prestations non effectuées sont sanctionnées plus durement que celles relatives à des prestations non conformes.

L'amende de 150 % infligée par le premier juge apparaît justifiée et proportionnée à la gravité de l'infraction, à l'importance du dépassement des plafonds autorisés, la période concernée s'étendant sur plusieurs mois et tient compte des antécédents de Monsieur A. dont deux pour les mêmes faits, ce dernier ayant, pour rappel, fait l'objet des procédures suivantes :

1° Enquête 2017-000821-C-03-000-00037 (valeur P 2016) :

Enquête thématique dentistes sur le dépassement des valeurs P au cours de l'année 2016. M. A. a porté en compte à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités des prestations non conformes car ne répondant pas aux dispositions de l'article 6 §19 de la Nomenclature des prestations de santé : pour toute l'année 2016, le total des valeurs P est de 66.346, supérieur au seuil annuel maximal autorisé de 46.000. Indu total de 185.631,88 €. (PVC du 8/11/2018)

Décision de la Chambre de première instance du 28/4/2022 : Remboursement de l'indu (à ce jour, 59.000 euros ayant déjà été remboursés en date du 3/2/2022), amende administrative s'élevant à 75 % du montant des prestations indues (139.223,91 €), dont 1/3 tiers en amende effective (46.407,97 €) et 2/3 en amende assortie d'un sursis de trois ans (92.815,94 €).

Requête d'appel contre la décision introduite le 1/6/2022. Décision de la Chambre de recours du 10/8/2023 confirmant la décision de la Chambre de première instance.

2° 2019-000014- C-02-000-00002 :

Suspension du tiers payant pour un an par décision du Fonctionnaire-dirigeant du SECM du 24/9/2020 suite à l'existence d'indices graves, précis et concordants de fraude relatifs à la facturation à l'assurance soins de santé en tiers payant (article 77 sexies de la loi SSI).

Recours en Chambre de première instance de M. A. Décision du 1/10/2021 constatant que la demande de M. A. était devenue sans objet.

3° 2019-000014- C-02-000-00003 (valeur P 2017) :

Procès-verbal de constat du 18/12/2019 concernant le dépassement des valeurs P au cours de l'année 2017. M. A. a porté en compte à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités des prestations non conformes car ne répondant pas aux dispositions de l'art 6 §19 de la Nomenclature des prestations de santé : pour toute l'année 2017, le total des valeurs P est de 64.807, supérieur au seuil annuel maximal autorisé de 46.000. (18.807 P en trop). Indu total de 176.244,09 €. Pas de réaction, pas de remboursement. Décision Chambre de première instance du 25.01.2024 condamnant M. A. et la SRL B. à rembourser un indu de 176.244,09 € et infligeant à M. A. une amende de 176.244,09 €, cette décision fut confirmée par décision du 06.05.2025 de la Chambre de recours (FB-002-24) sur recours de M. A.

4° 2019-000014- C-02-000-00004 :

Suspension du tiers payant pour un an par décision du Fonctionnaire-dirigeant du SECM dd 21/9/2022 suite à l'existence d'indices graves, précis et concordants de fraude relatifs à la facturation à l'assurance soins de santé en tiers payant (LC art 77 sexies). Suspension du tiers payant du 27/9/2022 au 26/9/2023. Recours en Chambre de première instance de M. A. Plaidoirie le 22/6/2023. Décision par défaut de la Chambre de première instance du 11/7/2023 et de la Chambre de recours du 22 juillet 2024 confirmant la décision du Fonctionnaire dirigeant.

Compte tenu du désistement partiel du SECM, l'amende rectifiée doit se calculer comme suit : indu : 108.531,17 euros + 486.057,20 euros = 594.588,37 euros x 150 % = **891.882,55 euros**

4.5) Le sursis :

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 au sein ou auprès de l'Institut (article 157 de la loi ASSI).

Au vu des antécédents énumérés ci-avant M. A. n'a plus droit au sursis.

5) Interdiction du tiers-payant :

Suivant l'article 144, §3/1 de la loi SSI :

« Dans les cas visés au § 2, 1°, à la demande du Service d'évaluation et de contrôle médicaux, les Chambres de première instance et les Chambres de recours peuvent prononcer une interdiction d'utiliser le régime du tiers payant comme mesure complémentaire aux mesures prévues à l'article 142, § 1er, à l'égard des dispensateurs de soins ayant fait un usage abusif de ce régime.

Cette interdiction peut être imposée pour une durée de minimum cinq jours à maximum deux ans.

La date de l'entrée en vigueur de l'interdiction et la durée de celle-ci sont précisées dans la décision prononcée.

Simultanément à la notification visée à l'article 156 § 2, le greffe communique aux organismes assureurs une copie conforme de la décision prononçant l'interdiction d'utiliser le régime du tiers payant. »

En l'espèce, l'usage abusif voire frauduleux du tiers payant relevé par le SECM repose sur de multiples éléments chiffrés issus des données introduites en facturation de l'assurance soins de santé par Mr A. mais aussi des données Dabrali (notamment relativement aux profils élevés de M. A.).

La valeur P totale des prestations que Monsieur A. a portées en compte pour l'année 2019 s'élevait à 93.750 P (réduite à 92.581) et la valeur P totale des prestations que Monsieur A. a portées en compte pour l'année 2020 s'élevait à 94 923 P (réduite à 93.295)

M. A. a ainsi dépassé plus de deux fois ou dépassé à deux reprises le double de la valeur maximale autorisée de 46.000 P pour une période donnée d'une année civile.

Pour rappel, le PVC du 04/02/2022 a été limité au quatrième trimestre 2019.

La valeur P totale des prestations que Monsieur A. a portées en compte pour le quatrième trimestre de l'année 2019 est de 23.933 (réduite à 23.668) et est donc supérieur au seuil trimestriel maximal autorisé de 13.000 P (10.933 P en trop réduite à 10.668).

Pour l'année 2020, le total des valeurs P est de 94.923 (réduite à 93.295), supérieur au seuil annuel maximal autorisé de 46.000 (48.923 P en trop, réduite à 47.295).

La majorité (90,82 %) de ces prestations sont introduites via le régime du tiers-payant (cf. tableau ci-dessus). Le SECM peut donc en conclure que Monsieur A. fait un usage abusif voire frauduleux du régime du tiers-payant.

C'est par conséquent à bon droit que le premier juge a pu estimer nécessaire d'interdire l'usage du régime du tiers-payant à Monsieur A.

Il résulte de ce qui précède que l'appel est non fondé.

Par ces motifs, la Chambre de recours instituée auprès du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI,

Après en avoir délibéré et statuant contradictoirement à l'égard des parties, après cassation ;

Messieurs E. VAN UYTVEN, A. LOPEZ et Mesdames A. WETTENDORF, C. RYDBERG ayant rendu leur avis sans prendre part à la décision ;

Ecartant comme non fondées toutes conclusions autres, plus amples ou contraires ;

Donne acte au SECM de son désistement partiel ;

Dit l'appel de M. A. et de la SRL B. en faillite recevable et très partiellement fondé ;

Par conséquent;

Réformant ;

Déclare la demande du SECM à l'égard de Monsieur A. et la S.R.L. B. recevable et fondée comme dit ci-après ;

Dit pour droit que les éléments constitutifs de l'infraction visée à l'article 73bis, alinéa 1er, 2°, de la loi ASSI sont établis dans le chef de M. A. ;

Condamne solidairement M. A. et la SRL B. en faillite au remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé pour le 4^{ème} trimestre 2019, soit la somme de **108.531,17 euros** ;

Condamne solidairement Monsieur A. et la SRL B. en faillite au remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé, pour l'année 2020 soit la somme de **486.057,20 euros** ;

Condamne Monsieur A. au paiement d'une amende administrative s'élevant à 150 % du montant de la valeur des prestations indues, soit la somme de **891.882,55 euros**.

Confirme la décision prononcée le 02 juillet 2024 par la Chambre de première instance pour le surplus;

La présente décision est prononcée à l'audience du 8 juillet 2025 par M. Emmanuel MATHIEU, président, assisté de Mme Caroline METENS, greffière.

METENS Caroline
Greffière

MATHIEU Emmanuel
Président