

DECISION DE LA CHAMBRE DE RECOURS DU 31 JANVIER 2025

Numéro de rôle FB-001-24

EN CAUSE DE : **Monsieur A.**

médecin généraliste agréé + titulaire d'attestation ECG

Partie appelante, comparaissant en personne, assisté par Maître B., avocat.

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,

Partie intimée, représenté par le Docteur C., médecin-inspecteur, et
par Madame D, juriste.

1. PROCEDURE

Le dossier de la Chambre de recours contient notamment les pièces suivantes :

- La requête d'appel (et ses annexes) déposée par le docteur A. au greffe le 12 février 2024 ;
- Les conclusions en réponse du SECM, entrées au greffe le 30 avril 2024 ;
- Les conclusions en réponse du docteur A., entrées au greffe le 29 juillet 2024.

Lors de l'audience du 5 décembre 2024, la Chambre de recours a entendu les parties.

2. OBJET DE L'APPEL - PRETENTIONS DES PARTIES

Le docteur A. interjette appel de la décision du 11 janvier 2024 de la Chambre de première instance (rôle général n° FA-013-11) qui a déclaré non fondé son recours contre la décision du Fonctionnaire-dirigeant du 3 octobre 2022.

Par requête du 9 février 2024 et dans ses conclusions, il demande à la Chambre de recours :

À titre principal,

- que la décision de l'INAMI soit entièrement réformée et qu'il soit dit pour droit qu'aucune infraction n'est établie dans son chef,
- de ce fait, ordonner le remboursement des sommes payées par lui.

À titre subsidiaire,

- que les pourcentages des amendes soient fixés à 50 % et 5 % et que le sursis soit appliqué pour l'ensemble de la peine et réduit à un an.

Le SECM demande à la Chambre de recours de confirmer la décision de la Chambre de première instance du 11 janvier 2024 qui confirme intégralement la décision du Fonctionnaire-dirigeant du SECM du 3 octobre 2022.

3. FAITS ET ANTECEDENTS

Le Docteur A. est diplômé en 1987 et travaille sous statut d'indépendant. Il est totalement conventionné.

Il consulte à son cabinet et effectue des visites à domicile. Il travaille seul et sans assistant et sans secrétariat médical.

Le docteur A. utilise le programme médical « MEDINECT » pour les dossiers et pour l'e-facturation. Le pourcentage de tiers payant varie de **75 %** pour les consultations à **85 %** pour les visites. Aucun document de facturation ou reçu n'est remis au patient en cas de paiement tiers payant avec ou sans ticket modérateur. Il utilise e-fact depuis le 8 mai 2018 et tous les dossiers médicaux sont informatisés.

Toutes les prestations sous le régime du tiers payant sont facturées par e-fact sans perception de ticket modérateur.

Son volume d'activités est le suivant (avec un nombre très élevé de visites à domicile) :

- 2016 : 205.722,66 €
- 2017 : 202.514,72 €
- 2018 : 226.738,22 €
- 2019 : 263.038,32 €
- 2020 : 312.875,65 €

Il a déjà fait l'objet de deux avertissements de la part du SECM (dont un avec un indu de 2.421,15 € à rembourser).

Le SECM a débuté une nouvelle enquête fin 2020. Dans le cadre de cette enquête, le SECM a effectué les devoirs suivants :

- Analyse du questionnaire envoyé par courrier postal au docteur A. le 2 décembre 2020, réponses reçues le 13 décembre 2020 par envoi mail ;
- Analyse de 117 dossiers médicaux informatisés (sélection des assurés ayant eu une attestation de soin en date du 6 janvier 2020 et 7 janvier 2019) demandés le 14 avril 2021 et reçus les 15 et 16 avril 2021 par mail ;
- Audition, sur la période du 16 avril au 20 mai 2021, de 4 assurés et 3 témoins ;
- Sur la période du 3 février 2021 au 9 février 2021, 6 entretiens téléphoniques d'assurés ont été effectués.

Suite à cette enquête, le SECM a rédigé un procès-verbal du 31 mai 2021, constatant trois griefs :

- Grief n°1 : prestations non effectuées
Le SECM relève l'impossibilité temporelle d'effectuer les prestations attestées et prend l'exemple des 6 janvier 2020 et 7 janvier 2019 :

- Le 6 janvier 2020, le Docteur A. aurait dû travailler sans interruption 19 heures et 48 minutes pour accomplir toutes les prestations attestées ;
- Le 7 janvier 2019, le Docteur A. aurait dû travailler sans interruption 18 heures et 8 minutes pour accomplir toutes les prestations attestées.

Par ailleurs, il relève plusieurs écarts entre deux contacts inférieurs ou égaux à 5 minutes. Or, la durée moyenne d'une consultation en Belgique est de 15 minutes.

Plusieurs témoins contestent les consultations ou visites, indiquent que l'intéressé demandait les cartes d'identité des patients sans les examiner, etc.

Le SECM estime par conséquent qu'en retenant une journée de travail de 12 heures et une durée moyenne de contact de 18 minutes par patient, 1749 prestations n'ont pas pu être temporellement effectuées et sont indues.

- Griefs n°2 et 3 : non-conformité des prestations

Le SECM relève

- 41 prestations 109723 non conformes en raison de l'absence dans le dossier d'un rapport de concertation avec le médecin hospitalier,
- 21 prestations 102771,101334,103575,103596 non conformes car non cumulées avec une prestation de type consultation ou visite et/ou la gestion du dossier médical global (DMG) n'est pas réalisée à la demande du patient.

Le 15 juillet 2021, le Docteur A. a remboursé l'indu évalué à la somme de 53.414,50 €.

En juillet 2021, la note de synthèse lui a été adressée. Le 12 juillet 2021, le docteur A. a communiqué ses moyens de défense.

Le 3 octobre 2022, le Fonctionnaire-dirigeant, après avoir examiné les moyens de défense, a pris la décision contestée. Par cette décision, le Fonctionnaire-dirigeant :

- Déclare établis les griefs reprochés au docteur A. ;
- Condamne le docteur A. à rembourser la valeur des prestations indues s'élevant à 53.414,5 € ;
- Constate que le docteur A. a remboursé la totalité de l'indu s'élevant à 53.414,5 € ;
- Condamne le docteur A. à payer une amende de 100 % du montant des prestations non effectuées induement attestées à charge de l'assurance soins de santé (art 142, §1er, 1° loi ASSI) soit 51.314,63 €, dont la moitié en amende effective (25.657,31 €) et la moitié en amende assortie d'un sursis de trois ans (25.657,31 €) ;
- Condamne le docteur A. à payer une amende de 50% du montant des prestations non conformes induement attestées à charge de l'assurance soins de

santé (art 142, § 1er, 2° loi ASSI) soit 1049,93 €, assortie d'un sursis total d'une durée de 3 ans ;

- 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.

4. RECEVABILITE DE L'APPEL

4.1. Principes

A peine d'irrecevabilité, un recours peut être introduit devant la Chambre de recours dans le mois, à compter de la notification de la décision de la Chambre de première instance, selon l'article 156, § 2, alinéa 1, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

Le délai prend cours le premier jour ouvrable qui suit celui où le pli recommandé, avec accusé de réception, a été présenté au domicile du destinataire ou, le cas échéant, à sa résidence ou à son domicile élu, selon l'article 156, § 2, alinéa 1, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

4.2. Application en l'espèce

En l'espèce, la décision de la Chambre de première instance du 11 janvier 2024 a été notifiée le 12 janvier 2024. Le pli a été remis au domicile de l'intéressé le lundi 15 janvier 2024. La requête d'appel a été déposée le 12 février 2024, soit dans le délai légal. Le recours est recevable.

5. EXAMEN DE LA CONTESTATION PAR LA CHAMBRE DE RECOURS

5.1. Rappel des dispositions applicables

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

«Sans préjudice d'éventuelles poursuites pénales et/ou disciplinaires et nonobstant les dispositions des conventions ou des accords visés au Titre III, il est interdit aux dispensateurs de soins et assimilés, sous peine des mesures énoncées à l'article 142, § 1er :

1° de rédiger, faire rédiger, délivrer ou faire délivrer des documents réglementaires permettant le remboursement des prestations de santé lorsque les prestations n'ont pas été effectuées ou fournies ou lorsqu'elles ont été effectuées ou fournies durant une période d'interdiction temporaire ou définitive d'exercice de la profession;

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 (...) »

Le dispensateur de soins qui porte en compte à l'assurance soins de santé des prestations non effectuées (article 73bis, 1°) et/ou non conformes (article 73bis, 2°) est sujet au remboursement de la valeur des prestations concernées, conformément à l'article 142, §1er, 1° et 2°, de la loi ASSI.

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.

5.2. En ce qui concerne la réalité des griefs reprochés

5.2.1. En ce qui concerne le 1^{er} grief (non effectué)

➤ **Le grief reproché**

Il s'agit de consultations et/ou de visites non effectuées car temporellement impossibles à réaliser.

Le SECM a déterminé les prestations non effectuées sur la base de la durée d'une consultation et d'une visite, estimée par le docteur A., à savoir 13 minutes pour une consultation et 20 minutes pour une visite et a mentionné, dans sa note de synthèse, à titre d'exemple les journées des 6 et 7 janvier 2020 :

- En date du 6 janvier 2020, le prestataire aurait dû travailler sans arrêt 19h48 pour effectuer 16 consultations (101076), 46 visites (103132), 1 visite de soir (404215) et 2 visites de nuit (104230).
- En date du 7 janvier 2019, le prestataire aurait dû travailler sans arrêt 18h08 pour effectuer 16 consultations (101076), 40 visites (103132), 1 visite de soir (404215) et 3 visites de nuit (104230).

L'analyse du temps de travail à partir de l'horodatage extrait des copies des dossiers médicaux fournis par le docteur A. montre à titre d'exemple :

- Le 6 janvier 2020, l'écart entre 2 contacts est inférieur ou égal à 5 minutes pour 3 consultations et 19 visites. La première visite est horodatée à 6h47 et la dernière visite à 16h38 soit une durée de 10h, sans interruption, pour effectuer 46 visites soit 13 minutes par visite pour effectuer le déplacement et un examen médical, à savoir une anamnèse et un examen corporel.
 - En considérant la durée d'une visite à 20 minutes telle qu'estimée par le prestataire lui-même (examen médical et déplacement compris) ainsi qu'une durée de travail de 8h30 (calculée par l'horodatage du dossier médical pour les visites), le prestataire ne pouvait effectuer que 26 visites au maximum en date du 6 janvier 2020 alors que 46 prestations 103132 ont été attestées.
- Le 7 janvier 2019, l'écart entre 2 contacts est inférieur ou égal à 5 minutes pour 17 visites et 3 consultations. La première visite 103132 est horodatée à 7h35 et la dernière à 15h51 soit une durée de 8h16, sans interruption, pour effectuer

40 visites soit 12,4 minutes par visite pour effectuer le déplacement et un examen médical, à savoir une anamnèse et un examen corporel.

- De la même considération, une durée de travail de 8h16 (calculée par l'horodatage du dossier médical pour les visites), le prestataire ne pouvait effectuer que 25 visites au maximum en date du 7 janvier 2019 alors que 40 prestations 103132 ont été attestées.

Le SECM considère qu'il est temporellement impossible de réaliser une consultation ou visite en moins de 5 minutes et se réfère à cet égard à l'article 2 de la NPS.

Le SECM s'est également basé sur l'audition de plusieurs assurés et du directeur de la résidence « ... » qui confirment les prestations non effectuées.

➤ **Décision de la Chambre de première instance**

La Chambre de première instance a considéré que les documents produits par le Docteur A. l'avaient été *in tempore suspecto* et ne permettaient pas de contredire les témoignages précis et concordants de ces mêmes personnes recueillis par le SECM.

Par conséquent, la Chambre de première instance a retenu comme base une journée de travail de 12 heures et une durée moyenne de contact de 18 minutes par patient.

C'est dès lors à juste titre que le SECM a estimé que 1749 prestations n'ont pas pu être temporellement effectuées. La Chambre de première instance a donc conclu que le grief n°1 était bien établi.

➤ **Position du docteur A.**

Comme devant la Chambre de première instance, le docteur A. reproche au SECM de s'être fondé uniquement sur les journées des 6 janvier 2020 et 7 janvier 2019 alors qu'il démontre que toutes les prestations ont été réellement effectuées, puisqu'il a passé la carte d'identité du patient à chaque visite. Il s'agissait de deux journées de retour de vacances, particulièrement chargées. Il précise qu'il a également plusieurs patients au sein du même immeuble ou d'une résidence de soins pour personnes âgées.

Il produit également des documents médicaux pour contredire l'audition de certains assurés.

➤ **Position de la Chambre de recours**

La Chambre de recours estime que le grief est établi.

Les arguments développés par le docteur A. ne permettent pas de confirmer la réalité de l'intégralité des prestations facturées à l'INAMI pendant la période litigieuse.

Les journées sélectionnées par le SECM sont particulièrement illustratives du mode de fonctionnement du docteur A. mais le calcul effectué par le SECM conduit à constater qu'il ne s'agissait pas des seules journées problématiques.

❖ *Les documents produits par le docteur A.*

Tout d'abord, il y a lieu de constater que le relevé des journées du 6 janvier 2020 et du 7 janvier 2019 ainsi que les dossiers médicaux produits par le docteur A. ne démontrent aucunement qu'il a bien rencontré chacun des patients ni qu'il a effectué les visites et/ou

consultations. Seuls les dossiers (10 sur les 117 dossiers fournis) avec une anamnèse et/ou paramètres et/ou examen clinique peuvent démontrer l'exécution d'une consultation ou visite.

Contrairement à ce qu'affirme le docteur A., il n'est pas nécessaire d'avoir recours à la carte d'identité pour accéder au dossier médical¹. Le programme Medinect nécessite la lecture de la carte d'identité pour créer de façon automatique le dossier médical. Une fois le dossier créé, il n'est plus nécessaire d'avoir la carte d'identité. Les date et heure apparaissant dans le programme Medinect confirment simplement que le dossier médical de l'assuré a été ouvert à la date et à l'heure indiquées.

❖ *Les prestations facturées à l'INAMI les 6 janvier 2020 et 7 janvier 2019*

En réalité, le relevé fourni par le docteur A. permet de confirmer les relevés repris dans le PVC du 31 mai 2021 en ce qui concerne les 6 janvier 2020 et 7 janvier 2019 et l'impossibilité temporelle d'effectuer l'entièreté des prestations reprises pour ces journées.

A titre d'exemple, tout comme le SECM, la Chambre de recours relève qu'en date du 6 janvier 2020, entre 14h17 et 15h22, 13 prestations 103132 «visite» ont été facturées soit une moyenne de 5 minutes entre l'ouverture de 2 dossiers. Même s'il s'agit de patients se trouvant dans le même immeuble ou la même résidence et qu'il n'y a donc pas de déplacements entre ces patients, force est de constater qu'il est impossible de faire une visite de contrôle (anamnèse et examen clinique) en 1 minute, diagnostiquer et traiter une tachyarythmie en 3 minutes, faire le suivi d'une leucémie en moins d'une minute chez des patients âgés.

S'il est vrai que la nomenclature ne définit pas une durée de consultation ou visite, les informations scientifiques recommandées (voir les informations fournies par le SECM²) précisent que la durée d'une consultation est de 15 minutes en Belgique, comparable avec les pays voisins : 15 minutes pour le Luxembourg et 16 minutes pour la France. Une moyenne de 5 minutes peut être la limite en dessous de laquelle les consultations ne représentent guère plus que le triage et l'émission d'ordonnances.

La Chambre de recours estime que cette durée est tout à fait cohérente avec la définition des notions de « consultation » et « visite » reprises à l'article 2 de la NPS :

- « Par consultation, il faut entendre l'examen du malade au cabinet du médecin, en vue du diagnostic ou du traitement d'une affection : les honoraires fixés pour la consultation comprennent l'indemnisation pour la rédaction et la signature des documents afférents à cet examen ou réclamés par le malade à l'occasion de cette consultation. »
- « Par visite, il faut entendre l'examen fait à la résidence du malade, en vue du diagnostic ou du traitement d'une affection; les honoraires fixés pour la visite comprennent l'indemnisation pour la rédaction et la signature des documents afférents à cet examen ou réclamés par le malade à l'occasion de cette visite. »

Il n'est pas possible d'examiner un patient et d'établir un diagnostic en moins de 5 minutes, même si l'on connaît très bien le patient.

Le docteur A. a d'ailleurs lui-même confirmé une durée moyenne de 13 minutes par consultation lors de son audition du 27 avril 2021.

¹ Voir le site internet de medinect.

² <https://bmjopen.bmj.com/content/7/10/e017902>

L'explication donnée par le docteur A. concernant le retour de vacances ne justifie pas le nombre de prestations accomplies en si peu de temps. Le retour de vacances n'est d'ailleurs pas établi puisqu'il a facturé des prestations les jours précédant ces dates. Il y a notamment eu des prestations facturées les 5 et 6 janvier 2019.

❖ *L'audition du personnel de la maison de repos « ... »*

Lors de l'audition du 7 mai 2021 à la Résidence « ... », le personnel paramédical a indiqué les éléments suivants :

- Le docteur A. vient systématiquement et sans appel, 2 fois par semaine le lundi et vendredi à la « ... » ;
- Ils n'appellent le docteur A. qu'en cas de nécessité médicale ;
- Ils n'ont jamais appelé le docteur A. plusieurs fois la même journée et certainement pas 13 fois comme attestées le 6 janvier 2020 ;
- Il ne remplit pas de dossier ni de feuille de liaison à la résidence « ... » ;
- Le personnel paramédical de «...» n'aperçoit pas toujours le prestataire lors de sa venue dans la résidence.

Cette audition confirme que le docteur A. ne venait pas sur appel de leur part et pour examiner un patient souffrant mais qu'il se contentait de passer la carte d'identité de plusieurs patients qui se trouvait au secrétariat.

Le docteur A. invoque encore l'argument selon lequel les auditions auraient dû se dérouler de manière individuelle. Or, concernant l'audition de personnes, le Code pénal social donne un large pouvoir d'appréciation aux inspecteurs sociaux. L'article 27 du Code pénal social prévoit en effet que : « *Les inspecteurs sociaux peuvent interroger, soit seuls, soit ensemble, soit en présence de témoins, toute personne dont ils estiment l'audition nécessaire, sur tout fait dont la connaissance est utile à l'exercice de la surveillance.* ». Il n'y a, dès lors, pas lieu de remettre en cause la teneur des déclarations faites par le personnel de la maison de repos.

Concernant les 13 patients de cette maison de repos, la Chambre de recours constate encore que le docteur A. a fait des déclarations contradictoires puisque, lors de son audition du 27 avril 2021, il a déclaré, en présence de son avocat : « *Quand on m'appelle je vais faire une visite. Puis on me rappelle, ensuite je reviens. J'ai fait 13 allers et retours vers « ... » ce jour là (...). J'y vais 2 fois par semaine sur appel de ... » (...).* Or, dans le cadre de la présente procédure, le docteur A. déclare qu'il a ausculté 13 résidents de ... à cette date et non qu'il a fait 13 allers et retours.

Par ailleurs, les pièces déposées par le docteur A. ne démontrent pas que le docteur A. vient à la maison de repos à la demande du personnel. Il déclare compléter le dossier médical informatisé de ses patients suite aux visites et transmettre les rapports sur la boîte mail de la maison de repos. Or, les mails envoyés à l'adresse de l'infirmière de « ... » correspondent à des envois de prescription et ne concernent pas les informations médicales puisqu'elles n'existent pas dans les dossiers fournis par le docteur A.

L'examen des documents déposés par le docteur A. ne permet pas de constater que le docteur A. aurait consacré plus que 3-4 minutes à chacun des patients de la maison de repos.

❖ *L'audition du directeur de la Résidence « ... »*

Selon l'audition du directeur de la Résidence « ... » :

- Le docteur A. venait à l'improviste sans être appelé et passait par la porte de secours ;
- Lors du covid, le docteur A. restait sur le trottoir et demandait les cartes d'identité au personnel sans aller voir les patients. À la suite de cela, les cartes d'identité des assurés ont dû être enfermées dans son bureau.

La Chambre de recours note en outre que le directeur de la maison de repos aurait déposé une plainte à l'ordre des médecins à ce propos. Ce dernier n'aurait pas entrepris une telle démarche si ses déclarations étaient infondées.

La déclaration du docteur A. selon laquelle il a bien effectué les visites pendant le covid, en mettant un masque à gaz de la 1^{ère} guerre mondiale n'est absolument pas crédible et ne correspond pas aux normes de sécurité qui étaient imposées à l'époque.

❖ *En ce qui concerne les déclarations des assurés*

Il résulte de l'audition de plusieurs assurés que :

- Madame F. n'a demandé qu'un seul avis, n'a jamais été en consultation ou visite, n'a jamais demandé de DMG au docteur A. alors que 17 visites 103132 ont été attestées et payées en tiers payant ainsi que 2 DMG.
- Madame G. affirme que le docteur A. se présente à sa porte 2 à 3 fois par semaine, que le contact dure au maximum 2 minutes juste le temps de prendre sa carte d'identité et de la mettre dans son appareil, qu'il ne l'ausculte jamais et qu'il a pris la tension 2 fois sur 4 ans.
- Monsieur H. affirme n'avoir jamais demandé le passage du docteur A. et qu'il a juste demandé des ordonnances en même temps qu'une visite chez son amie, que le docteur A. n'a jamais pris sa tension et ne l'a jamais examiné.
- Monsieur I. affirme que le docteur A. l'examinait rarement.
- Madame J. affirme qu'elle n'a vu le docteur A. qu'une seule fois et qu'il ne l'a pas auscultée car elle avait juste besoin d'un certificat.
- Deux assurés de la résidence « ... » (Madame K. et Monsieur L.) affirment que le docteur A. vient 2 fois par semaine sans qu'ils ne l'appellent. Selon eux, le docteur A. ne prend jamais la tension ni le pouls et n'ausculte pas le cœur.

Le docteur A. conteste le contenu de ces déclarations, à l'exception de celle de Madame J., et produit plusieurs pièces.

La Chambre de recours constate que :

- En ce qui concerne les déclarations de Madame F., les pièces 5 (dossier médical au nom de Madame F.) et 6 (annexe 2 signée par Madame F. ainsi qu'un extrait du programme Medinect relative au DMG) transmises par le docteur A., ne sont pas pertinentes. Lors de son audition, à la lecture du dossier médical fourni par le docteur A., Madame F. a catégoriquement réfuté le contenu de celui-ci sur les aspects suivants : Intolérance à un médicament prescrit qu'elle ne prend jamais, médication jamais prise, antécédent de fractures non repris, refus du vaccin contre la grippe alors que Madame F. l'a fait à la médecine du travail, Choc anaphylactique non repris dans les allergies (rubrique importante dans le dossier médical global). Aucun paramètre ni notion d'examen clinique ne se trouve dans le dossier de Madame F. Interrogée sur l'annexe 2 « *Collège inter-mutualiste régional de ...* », Madame F. a déclaré : « *Je confirme qu'il s'agit de ma signature mais je n'ai jamais vu ce document et je ne l'aurais jamais signé. Les dates ne correspondent pas en effet. J'en ai parlé au médecin coordinateur de la maison de repos et il m'a dit que c'était un document que l'on complète lorsqu'on est VIPO ou sans moyen de payer le médecin traitant. Le docteur A. ne m'a jamais présenté ce document. Je n'aurais eu aucune raison de signer ce document car je n'aurais jamais choisi le docteur A. comme médecin traitant. J'ajoute que je vais peu chez le médecin étant rarement malade.* ».
- En ce qui concerne les déclarations de Madame G. et les pièces 7 transmises par le docteur A., le dossier médical confirme l'entretien téléphonique signé du 18 mars 2021 de l'assurée. En effet en date du 6 janvier 2020, aucun paramètre n'est noté et sur les 221 dates du dossier médical, une tension 80/40 apparaît seulement 15 fois. L'assurée a par ailleurs déclaré ne pas savoir si elle avait un dossier médical global. L'annexe 2 produite par le docteur A. est dès lors suspecte.
- L'entretien téléphonique signé de Monsieur H. en date du 9 février 2021 est concordant avec l'entretien de Madame G. et contredit la position du docteur A.. Le dossier médical montre 42 dates, sans notion d'examen clinique hormis 4 fois une tension artérielle identique.
- Pour l'assuré I., le docteur A. produit une attestation rédigée de manière identique à celles rédigées par plusieurs patients : « *Je soussigné, (...) avoir mon dossier médical global chez le docteur A. Le docteur m'a toujours bien examiné(e)* ». Le SECM a relevé que l'attestation de l'assuré et l'annexe 2 présentaient des paraphes différents. Ces documents sont donc suspects. Il convient également de préciser que les auditions réalisées par les enquêteurs du SECM le sont par une autorité assermentée. L'attestation de l'assuré I. n'est pas entourée des mêmes garanties que celles encadrant une audition réalisée par le personnel d'inspection du SECM. Il n'est, en effet, pas exclu que Monsieur I. ait pu être influencé lors de la rédaction de cette attestation.
- En ce qui concerne Madame K. et Monsieur L., leurs déclarations sont concordantes et crédibles. Questionné sur le temps que durait une visite et sur le fait de savoir si le docteur A. prenait, lors de chaque visite, les paramètres comme la tension ou le pouls, Monsieur L. a répondu « *Même pas 10 minutes. Il ne prenait pas la tension, le pouls, n'écoutait pas le cœur. Il était sur sa tablette. Il prenait la tension tous les 4 mois et à ma demande.* ». A la même question, Madame K. a déclaré que le docteur A. ne faisait aucun examen clinique, qu'il ne prenait pas le pouls ni la tension, n'écoutait pas le cœur ni les poumons. Le dossier médical transmis par le docteur A. pour Madame K. ne contient quasiment aucun paramètre d'examen (tension,...).

❖ *L'analyse des dossiers informatisés*

L'analyse des copies de dossiers informatisés montre que:

- En date du 6 janvier 2020, 65 dossiers :
 - Dans aucun dossier, il n'est retrouvé une tension artérielle, pouls ou autre paramètre clinique hormis un dossier où il est noté taille, poids, BMI.
- En date du 7 janvier 2019, 60 dossiers :
 - Dans aucun dossier, il n'est retrouvé une tension artérielle, pouls ou autre paramètre clinique hormis dans 6 dossiers où il est noté taille, poids, BMI.

Le docteur A. prétend effectuer un examen médical à chaque consultation ou visite, prendre la tension, les paramètres, la saturation, écouter les poumons, le cœur, faire une anamnèse, regarder ce que le patient lui montre, les peser dans le but de calculer le BMI mais cela ne se retrouve pas dans les dossiers informatisés.

Il continue à soutenir avoir noté les paramètres dans le dossier médical de chacun des patients mais indique qu'il y a eu des bugs informatiques et que des données ont été effacées.

Cet argument n'est pas crédible. Même s'il est possible que le docteur A. ait pu avoir des problèmes occasionnels avec le programme informatique, il ne peut raisonnablement soutenir que cela dure depuis plusieurs années sans qu'il n'ait jamais rien fait, dès lors que l'absence de sauvegarde des données médicales des patients peuvent mettre ceux-ci en danger. En outre, si ce programme s'avérait problématique, il est certain que la plateforme «e-health » en aurait été informée.

Il convient en outre de souligner qu'à l'exception d'un mail du 1^{er} novembre 2020, les nombreux échanges avec la société MEDINECT datent de juin 2022 et de juillet 2021 et se rapportent donc à une période ultérieure à celle du contrôle. Le mail datant du 1^{er} novembre 2020 fait état d'un « roll over » empêchant de trouver facilement un dossier et ne traite pas d'un problème d'effacement de données.

5.2.2. En ce qui concerne les 2^{ème} et 3^{ème} griefs (non conformes)

➤ **Les griefs reprochés**

Le 1^{er} grief de non-conformité concerne la prestation 109723, visite à l'hôpital, non conforme en raison de l'absence dans le dossier d'un rapport de concertation avec le médecin hospitalier.

Le 2^{ème} grief de non-conformité concerne le code de prestation 102771 et des pseudocodes 101334, 103574, 103596 non conformes car la prestation n'est pas cumulée avec une prestation de type consultation ou visite et/ou la gestion du DMG n'est pas réalisée à la demande du patient.

➤ **La décision de la Chambre de première instance**

Il ressort des éléments du dossier que le Docteur A. ne conteste pas avoir demandé le remboursement de 41 prestations 109723 sans disposer d'un rapport de concertation avec un médecin hospitalier. Même s'il expose avoir effectivement visité les patients en question au sein d'établissements hospitaliers, la Chambre de première instance constate que cela ne permet pas de conclure qu'il disposait de rapports de concertation. Le grief n°2 est bien établi.

Il ressort également des éléments du dossier que le Docteur A. ne conteste pas avoir réalisé la gestion de DMG sans qu'il y ait eu consultations ou visites. Il expose qu'il s'agissait de membres de sa famille, à qui il ne pouvait facturer. La Chambre de première instance a considéré qu'il était tout aussi choquant de facturer la réalisation de ces DMG à la sécurité sociale. Cet aspect du grief n°3 est établi.

Il ressort enfin des éléments du dossier que le Docteur A. a réalisé la gestion de DMG sans demandes de patients. Les témoignages précis et concordants de ces patients indiquent qu'aucun DMG n'a été demandé. Les documents produits par le Docteur A. sont suspects : ils comportent des éléments troublants (signatures différentes pour la même personne, absence de capacité à signer). Ils ne permettent dès lors pas de contredire ces témoignages. Cet aspect du grief n°3 est établi.

➤ **Position du docteur A.**

Le docteur A. ne conteste pas ne pas disposer d'un rapport de concertation avec le médecin hospitalier, eu égard au fait qu'il ne savait pas que les règles concernant ce code avaient été modifiées et qu'il était désormais nécessaire d'obtenir un tel rapport afin de pouvoir facturer la prestation. Il soutient néanmoins être de bonne foi et produit les dossiers médicaux des personnes hospitalisées.

Le docteur A. a ouvert des DMG pour les membres de sa famille mais estime qu'il n'était pas correct de compter en plus une consultation.

En ce qui concerne les 7 assurés ayant déclaré ne pas avoir demandé de DMG chez le docteur A., ce dernier produit la preuve que ces patients lui ont bien demandé de prendre en charge le DMG.

➤ **Position de la Chambre de recours**

La Chambre de recours confirme entièrement la décision de la Chambre de première instance en ce qui concerne les 2^{ème} et 3^{ème} griefs. Le docteur A. n'a apporté aucun élément nouveau en appel.

❖ *En ce qui concerne le 2^{ème} grief*

Il n'est nullement reproché au docteur A. de ne pas avoir effectué les visites mais de ne pas avoir rédigé de rapport de concertation avec le médecin hospitalier. Les documents produits ne permettent pas de remettre en cause le grief qui est donc établi.

❖ *En ce qui concerne le 3^{ème} grief*

L'article 2 de la Nomenclature des prestations de santé applicable aux moments des faits, précise clairement pour la prestation 102771 - gestion du dossier médical global (DMG): « (...) *La gestion du DMG est réalisée à la demande du patient ou de son mandataire dûment identifié ; cette demande figure dans le dossier du patient (...) La prestation est cumulée avec une prestation pour une consultation (101032, 101076) ou une visite (103132, 103412, 103434) (...)* ».

Ces conditions n'ont pas été remplies dans les cas identifiés par le SECM dans sa note de synthèse.

Concernant l'absence de consultation cumulée avec le prestation DMG, le fait qu'il s'agisse de membres de la famille est sans incidence comme l'a relevé la Chambre de première instance. Il n'y a pas de dérogation aux conditions pour les membres de la famille.

En ce qui concerne les attestations de plusieurs assurés au sujet des DMG produites par le docteur A., la Chambre de recours constate qu'elles présentent la même structure à savoir :« *Je soussigné, (...) avoir mon dossier médical global chez le docteur A. Le docteur m'a toujours bien examiné(e)*», ce qui suggère qu'il s'agit de témoignages sollicités et dictés par le prestataire de soins qui est leur médecin traitant et en qui ces assurés ont confiance. Celles-ci sont ultérieures au procès-verbal de constat et sont en contradiction avec les déclarations faites par des assurés auditionnés au cours de l'enquête et qui sont claires et concordantes.

Par ailleurs, on peut s'interroger sur la capacité de certains assurés à donner un consentement éclairé. En effet dans le document relatif au dossier médical pour le patient M. on peut lire la note manuscrite « *dément et état terminal* ». Or, le docteur A. produit une déclaration signée du patient M. en date du 11 octobre 2019.

Enfin, l'analyse des pièces « *Inscription au Dossier Médical Global* » et « *Collège inter-mutualiste régional de ...* » montre que de nombreux documents ont une date antérieure ou postérieure à la période contrôlée. En analysant les pièces, le service a également constaté :

- 8 documents ont été fournis pour N. dont 4 fois le même document : à la même date pour le même document, la signature n'est pas identique ;
- 3 documents sont fournis pour O. : la signature est différente ;
- 4 documents ont été transmis au nom P. : la signature est différente ;
- 3 documents fournis au nom de Q. : la signature sur les documents est différente ;
- 1 document fourni au nom de R. : eu égard à la signature, il existe un doute sur la capacité de la personne à signer ;
- 3 documents fournis au nom de S. : doute sur la capacité psychique et faculté de signature de l'assuré (Dans le journalier du 7/01/2019 : visite de contrôle psychose - Dans le dossier de la résidence « ... » : oligophrénie-psychose-AVC-Démence vasculaire) ;

- 1 document transmis au nom de T. : eu égard à la signature, il y a doute sur la faculté de signature ;
- 6 documents fournis au nom de U. : il y a un doute sur les capacités de l'assurée à signer.

Les documents produits par le docteur A. n'ont donc pas de valeur probante.

CONCLUSION :

Les 3 griefs sont établis pour tous les cas repris dans la note de synthèse.

4.3.4. En ce qui concerne l'amende

➤ **Principes**

Le régime de sanctions applicable aux faits litigieux est repris à l'article 142, §1^{er}, al. 1^{er}, 1° et 2° de la loi ASSI :

« Sans préjudice d'éventuelles sanctions pénales et/ou disciplinaires, les mesures suivantes sont appliquées aux dispensateurs de soins et assimilés qui ne se conforment pas aux dispositions de l'article 73bis :

*1° le remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé et une amende administrative comprise entre **50 % et 200 %** du montant du remboursement en cas d'infraction aux dispositions de l'article 73bis, 1°;*

*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 de la valeur des mêmes prestations en cas d'infraction aux dispositions de l'article 73bis, 2°; »*

La Chambre de recours peut décider qu'il sera sursis, en tout ou en partie, à l'exécution des décisions infligeant les amendes, selon l'article 157, § 1, alinéa 1, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994. L'octroi du sursis est par conséquent laissé à l'appréciation de la Chambre de recours.

Le sursis, d'une durée d'une à trois années, peut être accordé lorsque dans les trois ans précédant le prononcé, aucune amende administrative n'a été infligée et qu'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'INAMI, selon l'article 157, § 1, alinéa 2, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

➤ **Application en l'espèce**

Le Fonctionnaire-dirigeant a infligé les amendes suivantes au docteur A. :

- une amende de 100 % du montant des prestations non effectuées indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé (art 142, §1^{er}, 1° loi ASSI) soit 51.314,63 €, dont la moitié en amende effective (25.657,31 €) et la moitié en amende assortie d'un sursis de trois ans (25.657,31 €) ;

- une amende de 50 % du montant des prestations non conformes indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé (art 142, § 1er, 2° loi ASSI) soit 1049,93 €, assortie d'un sursis total d'une durée de 3 ans.

La Chambre de recours estime qu'il y a lieu de confirmer ces amendes, ainsi que le sursis octroyé, tout comme l'a décidé la Chambre de première instance.

Ces amendes ne sont pas du tout disproportionnées eu égard à la situation relevée par le SECM. La Chambre de recours souligne que le 1^{er} grief retenu est particulièrement grave car cette infraction caractérise la rupture du lien de confiance entre l'INAMI, les organismes assureurs et le dispensateur de soins. En attestant des prestations alors qu'il ne les avait pas réalisées, le docteur A. a méconnu les obligations qui lui incombaient en sa qualité de dispensateur de soins et n'a pas fait preuve de professionnalisme. Le docteur A. abuse manifestement du système du tiers payant. Il est d'ailleurs interpellant de constater que près de 80 % de ses prestations sont facturées en tiers payant.

Compte tenu de son expérience, de la clarté de la nomenclature, du nombre de prestations indues, de la durée de la période infractionnelle, du caractère élevé de l'indu le docteur A. a clairement spolié les deniers de l'assurance soins de santé et donc de la collectivité, ce qui justifie l'application d'une sanction assez haute.

4.4. Exécution provisoire

Les décisions de la Chambre de recours sont exécutoires de plein droit par provision, nonobstant tout recours, selon l'article 156, § 1er, alinéa 1, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

Dans le cas où le débiteur ne s'acquitte pas des sommes dues, 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, selon l'article 156, § 1er, alinéa 3, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

En l'espèce, la présente décision est exécutoire de plein droit par provision.

PAR CES MOTIFS,

LA CHAMBRE DE RECOURS,

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

Les Docteurs Marie-Anne RAIMONDI, Alain LOPEZ, Abdallah KANFAOUI et Giuseppe CUSUMANO, ayant rendu leur avis sans prendre part à la décision ;

- Déclare l'appel du docteur A. recevable mais non fondé ;
- Confirme entièrement la décision de la Chambre de première instance ;
- Dit que la présente décision est exécutoire de plein droit par provision nonobstant tout recours.

La présente décision est rendue, après délibération, par la Chambre de recours instituée auprès du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI, composée de Madame Pascale BERNARD, Présidente, des Docteurs Marie-Anne RAIMONDI, Alain LOPEZ, Abdallah KANFAOUI et Giuseppe CUSUMANO, membres.

La présente décision est prononcée à l'audience du 31 janvier 2025 par Madame Pascale BERNARD, présidente, assistée de Madame Dominique HONVAULT, greffière.

Dominique HONVAULT
Greffière

Pascale BERNARD
Présidente