DECISION DE LA CHAMBRE DE RECOURS DU 26 MAI 2026
Numéro de rôle FB-003-25

EN CAUSE DE : **A.**

médecin spécialiste en psychiatrie

N° INAMI : …

Comparaissant en personne, assistée de Maître B. ;

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 Monsieur D., conseiller juriste.

Exposé des faits - antécédents :

Le Dr A. a obtenu son diplôme de médecine à Bucarest en 1992 et poursuivi sa spécialisation de psychiatrie et de psychothérapie en France. Elle a terminé sa formation en Suisse en 2002.

Elle a suivi de multiples formations complémentaires notamment en systémie, thérapie familiale et de couple.

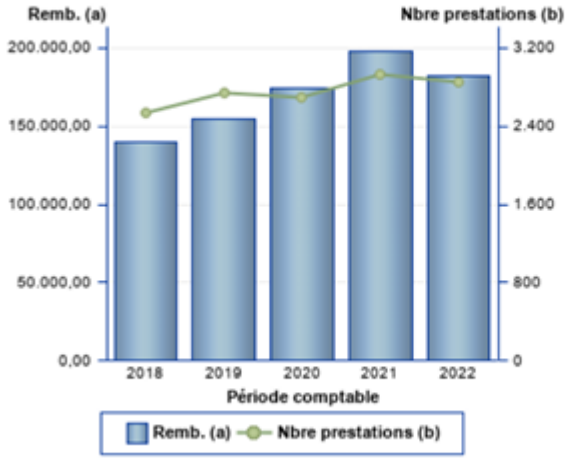
Elle travaille en Belgique depuis 2007, d'abord en milieu hospitalier à … et à …, et ensuite en consultation. Depuis 2020, elle travaille essentiellement en cabinet à ...

Le Dr A. a fait l'objet d'une enquête individuelle dans le cadre de la mission nationale … « Contrôle de la durée minimale en psychiatrie ».

Elle fait partie des psychiatres qui attestent parfois plus de 8 h de prestations sans présence physique à durée minimale/jour et plus de 17h de prestations (avec et sans présence physique) à durée minimale/jour.

Le Dr A. n'a pas de secrétaire. Jusqu'en 2023, elle rédigeait les attestations de soins donnés façon papier.

Son profil comptable est le suivant[1] :



Le Dr A. a un profil élevé pour le numéro code 101916.

Le libellé complet de ce code est « *Séance d'une durée de 45 minutes minimum, sans présence physique, en vue de la poursuite d'un traitement psychothérapeutique débuté avant les mesures gouvernementales N 35*».

[1] Source: Document P (tableaux statistiques des OA concernant les prestations effectuées par les dispensateurs de soins – LC art 150 alinéa 3) consulté dans l'application DABRALI

Période comptable 2020

Tableau de données anonymisées

En 2020, le Dr A. a porté en compte 1.580 fois le code 101916 pour un montant de 110.326 euros. Ce qui la place au percentile 100 pour ce code. Elle est au rang 1, soit le médecin qui a le plus facturé le code 101916 au cours de l'année 2020 au niveau national.

Période comptable 2021

Tableau de données anonymisées

En 2021, le Dr A. a porté en compte 2.260 fois le code 101916 pour un montant de 158.130 euros. Ce qui la place au percentile 99,90 pour ce code. Elle est au rang 2 pour la facturation du code 101916 au cours de l'année 2021 au niveau national.

Période comptable 2022

Tableau de données anonymisées

En 2022, le Dr A. a porté en compte 1.148 fois le code 101916 pour un montant de 80.340,00 euros. Ce qui la place au percentile 99,55 pour ce code.

Elle est au rang 5 pour la facturation du code 101916 au cours de l'année 2022.

A titre de comparaison, le nombre médian de prestations 101916 attestées par un psychiatre (avec code qualification 780) s'élève à 18 prestations par an en 2022.

Mme A. fut entendue une première fois le 17 février 2023 puis le 2 août 2023 à sa demande.

Un procès-verbal de constat fut dressé le 24 avril 2023.

Par requête reçue au greffe de la Chambre de première instance le **6 juin 2024** et notifiée à Mme A. le 7 juin 2024, le S.E.C.M. reprochait à cette dernière le grief suivant :

Grief unique :

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

En l'occurrence, le Docteur A. a porté en compte à l'ASSI des prestations 101916 ***non conformes****, car attestées pour des séances de psychothérapie sans présence physique de moins de 45 minutes.*

Ces prestations auraient pu être attestées sous le code 101894 qui concerne les séances d'une durée de 30 minutes minimum. ».

Aux termes de ladite requête, le S.E.C.M.. sollicitait de la Chambre de première instance de :

- Déclarer établi le grief formulé pour tous les cas cités dans la note de synthèse ;

- Condamner le Dr A. au remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé, soit la somme de 55.232,00 euros (article 142, §1er, 2°, de la loi SSI) ;

- Condamner le Dr A. au paiement d'une amende administrative s'élevant à 25 % du montant de la valeur des prestations indues, soit la somme de 13.808,00 euros (article 142, §1er, 1° 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.

Par voie de conclusions, le Dr A. sollicitait :

➢ Avant dire droit,

- d'ordonner au S.E.C.M.. de produire l'intégralité des données de son profil détaillé pour les périodes comptables 2018 et 2019, suivant le même schéma que ce qu'elle a déjà fait pour les années 2020, 2021 et 2022 au point 2.2.3.2 de sa note de synthèse.

➢ À titre principal :

- de dire la requête recevable ;

- de dire la requête très partiellement fondée, et partant :

  - condamner le Docteur A. à due concurrence de la proportion réelle entre les consultations d'une durée de 30 minutes (6,23 %) et celles d'une durée de 45 minutes (93,77 %) ;

  - ne pas faire droit à la demande d'amende administrative.

➢ A titre subsidiaire :

- de dire la requête très partiellement fondée, et partant :

  • condamner le Docteur A. à due concurrence de la proportion réelle entre les consultations d'une durée de 30 minutes (6,23 %) et celles d'une durée de 45 minutes (93,77 %) ;

  • accorder le bénéfice du sursis d'agissant de la condamnation à une amende administrative.

Par **décision du 8 mai 2025 (…)** notifiée le 9 mai 2025, la Chambre de première instance :

- Déclare la demande du S.E.C.M. recevable et partiellement fondée.

  - Déclare le grief établi et ce faisant ;

  - Condamne le Dr A. à rembourser la valeur des prestations indues s'élevant à 55.232,00 euros ;

  - Condamne le Dr A. au paiement d'une amende administrative s'élevant à 25 % du montant de la valeur des prestations indues, soit la somme de 13.808,00 euros ;

  - Lui octroie un sursis de 3 ans pour la totalité de l'amende administrative ;

  - 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.

Le Dr A. interjeta appel de cette décision par requête datée du 3 juin 2025, déposée le 6 juin 2025 et notifiée au S.E.C.M. le même jour.

Par voie d'appel incident, le S.E.C.M.. sollicite la réformation de la décision précitée en ce qu'elle accorde au Dr A. un sursis total de trois ans pour l'amende administrative.

Les appels principal et incident, réguliers dans la forme et dans le temps sont recevables, leur recevabilité n'étant d'ailleurs pas contestée.

Discussion :

a) Droit à un procès équitable – Indépendance des juridictions instituées auprès de l'I.N.A.M.I. – Présomption d'innocence – Accès au dossier – Droits de la défense :

Le Dr A. expose que son droit à un procès équitable, tel que garanti par l'article 6 CEDH, ne serait pas respecté et qu'il existerait un doute sur l'indépendance tant de la Chambre de première instance que de la Chambre de recours dès lors notamment que lesdites chambres siègent dans les locaux de l'I.N.A.M.I., que l'accès aux salles d'audience serait limité, que les greffiers sont des fonctionnaires de l'I.N.A.M.I. et que l'identité des membres ne serait «*renseignée nulle part*».

La Chambre de première instance et la Chambre de recours ne sont pas des organes du S.E.C.M., mais des juridictions administratives instituées auprès de ce Service. La Loi dispose uniquement que la Chambre de recours est instituée auprès du S.E.C.M.., non qu'elle fait partie du S.E.C.M.. ou de l'I.N.A.M.I.

Il s'agit d'organes juridictionnels, dont l'indépendance à l'égard de l'I.N.A.M.I. a été voulue par le législateur. Le S.E.C.M.. n'est pas représenté au sein desdites Chambres et ne prend pas part à ses délibérations. Les Chambres ne sont pas tenue de justifier auprès de l'I.N.A.M.I. les décisions qu'elles prennent.

La seule circonstance que les séances des Chambres se tiennent dans les locaux de l'I.N.A.M.I., conformément à l'art. 145, § 3, al. 1er, de la loi SSI, ne met pas en cause leur indépendance (CEDH, arrêt Depraetere c. Belgique du 18 décembre 2018, requête n° 6046/15 ; CE, arrêt n°251.230 du 8 juillet 2021).

Au niveau de la Chambre de recours, seul le Président-magistrat de la Chambre de recours a un pouvoir de décision. En raison de la technicité de la matière, le législateur a adjoint au magistrat, qui a voix délibérative, des membres ayant voix consultative, proposés par les organismes assureurs et les groupes professionnels représentatifs.

Les membres ayant voix consultative, qui siègent dans la Chambre de recours, n'y siègent pas en qualité de représentants de l'organisme assureur ou du groupe professionnel qui les a proposés, mais en leur nom personnel. Cela signifie qu'ils jugent librement et à leur guise.

Par ailleurs le fait que les prestations d'un juge soient rémunérées par les pouvoirs publics à l'égard desquels il doit prendre des décisions, ne compromet pas son indépendance. Une conception différente rendrait la fonction du juge, et en particulier du juge administratif, impossible (C.E., 18 octobre 2018, n° 242.690).

Concernant les greffiers, l'article 145, §3, alinéa 2, de la loi SSI indique que les chambres sont assistées par un greffe dont les membres en sont désignés par le Fonctionnaire-dirigeant du S.E.C.M.. parmi le personnel de ce service et « *ils exécutent les tâches prévues par la loi coordonnée, les arrêtés d'exécution et prescrites par les présidents des Chambres*».

Ces derniers sont donc soumis aux instructions des Présidents pour ce qui concerne le fonctionnement des Chambres.

En tout état de cause, les greffiers ne prennent aucune part aux décisions des chambres, ne participent pas à la fonction de juger proprement dite ou à la mise en mouvement effective des poursuites, les garanties d'indépendance et d'impartialité de la justice ne les concernent donc pas (C.C., arrêt n°79/2015 du 28.05.2015 et C.C., arrêt n°140/2015 du 15.10.2015).

Concernant l'identité des membres des chambres, tous les membres sont nommés par le Roi par arrêté royal publié au Moniteur belge. De plus, la convocation aux audiences indique la composition du siège de la chambre, conformément à l'article 18 §1er alinéa 2 du règlement de procédure (Arrêté royal du 9 mai 2008, tel que modifié par l'Arrêté royal du 17 février 2023).

Concernant la tenue d'une audience publique, l'accès aux locaux de l'I.N.A.M.I. n'est pas limité mais contrôlé : les locaux sont accessibles à tout visiteur pendant les heures de bureau, qui doit cependant signaler sa présence en s'identifiant pour obtenir l'accès aux salles de réunion. Ce qui s'explique notamment pour des raisons de sécurité en cas d'incident nécessitant l'évacuation du bâtiment.

Le Dr A. a par ailleurs pu faire valoir ses observations aux différents stades de l'enquête et de la procédure ultérieure devant la Chambre de 1ère instance et, actuellement, devant la Chambre de recours.

Pour le surplus le Dr A. demeure libre de critiquer l'enquête diligentée par le S.E.C.M.

A cet égard il convient de relever que le Dr A. a été entendu à deux reprises par le S.E.C.M. dont les procès-verbaux ne font état d'aucun incident, le Dr A. n'ayant par ailleurs pas réagi lors de la réception de ceux-ci.

Il découle de ce qui précède que, d'une part, tant la Chambre de première instance que la Chambre de recours offrent les garanties définies à l'article 6 de la CEDH en matière d'indépendance et d'impartialité (C.E. (7e ch.), 9 mai 2019, n° 244.420) et, d'autre part, que le droit à un procès équitable du Dr A. a été respecté.

b) Validité du procès-verbal de constat et des procès-verbaux d'audition :

L'article 64 du Code pénal social impose qu'un procès-verbal de constat d'infraction contienne au moins les données suivantes :

> *« 1° l'identité du fonctionnaire verbalisant ;*
> *2° la disposition en vertu de laquelle le fonctionnaire verbalisant est compétent pour agir ;*
> *3° le lieu et la date de l'infraction ;*
> *4° l'identité de l'auteur présumé et des personnes intéressées ;*
> *5° la disposition légale violée ;*
> *6° un exposé succinct des faits en rapport avec les infractions commises;*
> *7° les date et lieu de rédaction du procès-verbal, le lien éventuel avec d'autres procès-verbaux, et, le cas échéant, l'inventaire des annexes. »*

L'article 66, alinéa 1er, du même Code dispose que

> *« Les procès-verbaux dressés par les inspecteurs sociaux font foi jusqu'à preuve du contraire pour autant qu'une copie en soit transmise à l'auteur présumé de l'infraction et, le cas échéant, à son employeur, dans un délai de quatorze jours prenant cours le lendemain du jour de la constatation de l'infraction. »*

L'article 142 §2 de la loi ASSI dispose que :

> *« Les éléments matériels de l'infraction visée à l'article 73bis, sont constatés par les inspecteurs sociaux visés à l'article 146 dans un procès-verbal établi conformément à l'article 64 du Code pénal social.*
>
> *A peine de nullité, ces constatations doivent intervenir dans les trois ans :*
>
> *a) à compter du jour où les documents relatifs aux faits litigieux sont reçus par les organismes assureurs ;*
>
> *b) à compter du jour où les constatations communiquées par les commissions de profils ou par le Collège national des médecins-conseils sont reçues par le Service d'évaluation et de contrôle médicaux.*
>
> *Le procès-verbal de constat fait foi jusqu'à preuve du contraire pour autant qu'une copie en soit transmise à l'auteur présumé de l'infraction et, le cas échéant, à la personne physique ou morale visée à l'article 164, alinéa 2, dans un délai de quatorze jours prenant cours le lendemain du jour de la constatation de l'infraction par les inspecteurs sociaux visés à l'article 146. (…) »*

Aucune disposition légale n'interdit à un inspecteur de l'INAMI de faire référence, dans un procès-verbal de constat, aux déclarations recueillies lors de l'audition du prestataire concerné.

Une telle référence n'affecte pas, en soi, la valeur probante du procès-verbal quant aux faits matériellement constatés par l'inspecteur dans l'exercice de ses fonctions.

Les déclarations du praticien, qu'elles figurent dans un procès-verbal distinct d'audition ou qu'elles soient évoquées dans le procès-verbal de constat, constituent des éléments soumis à l'appréciation souveraine de la juridiction.

Il appartient dès lors à celle-ci de distinguer les constatations personnelles de l'agent, seules susceptibles de bénéficier de la force probante attachée au procès-verbal, des déclarations rapportées.

Il n'apparait pas en l'espèce que les droits de la défense de Mme A. auraient été violés à l'occasion de son audition par le S.E.C.M. ou que celui-ci aurait manqué de loyauté à son égard.

Mme A. disposait ainsi du droit de se faire assister d'un avocat dès sa première audition, droit dont elle n'a pas fait usage.

Le reproche d'un manquement au devoir de loyauté dans le chef du S.E.C.M. est d'autant moins avéré que ce dernier a, au contraire, accepté d'entendre une seconde fois Mme A. à sa demande et en présence de son avocat.

Pour le surplus lesdits PVA respectent bien le prescrit des articles 62 et 63 du Code pénal social.

Les moyens développés par Mme A. à cet égard sont par conséquent non fondés.

c) Prestations non effectuées ou non conformes - remboursement de l'indu - Principes :

En application de l'article 142§1, 2° de la loi coordonnée le 14.07.1994, 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" 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.

En mettant à charge du dispensateur de soins, qui a par sa faute ou par sa négligence occasionné un paiement indu, l'obligation de rembourser à l'organisme assureur les sommes indûment payées, le législateur a répondu à la nécessité de protéger l'assurance maladie-invalidité, plus précisément les deniers publics, contre ceux qui pourraient obérer ceux-ci par leur négligence ou par des abus, au moyen d'un système de contrôle qui ne peut être efficace sans une certaine rigidité.

L'obligation qui est ainsi mise à charge du dispensateur de soins ne s'écarte pas fondamentalement du droit commun. En effet, le droit commun entraîne lui aussi des conséquences sévères pour celui qui a reçu un paiement dont il ignorait le caractère indu ou qui a causé par sa faute légère un dommage important.

L'étendue de l'obligation à charge du prestataire de soins ne diffère donc ni de l'étendue de l'obligation de restitution lorsqu'il y a répétition d'indu, celle-ci couvrant l'intégralité de l'indu, ni de l'étendue de l'obligation de réparation en cas de responsabilité civile, laquelle couvre, également, l'intégralité du dommage subi (arrêt CA n°185/06 du 29.11.2006).

Par ailleurs un paiement indu ne suppose en effet que la réunion de deux conditions à savoir un paiement d'une part et un indu d'autre part , c'est-à-dire une absence de dette entre le *solvens* et *l'accipiens.*

d) Existence d'un indu – application au cas d'espèce :

L'article 9§2 de l'arrêté royal n°20 du 13 mai 2020 relatif aux mesures temporaires dans le cadre de la Covid 19 prévoit :

- d'une part, un code **101894** pour les séances d'une durée de 30 minutes minimum, sans présence physique, en vue d'un diagnostic ou d'un traitement psychothérapeutique et :

- d'autre part, un code **101916** pour les séances d'une durée de 45 minutes minimum, sans présence physique, en vue de la poursuite d'un traitement.

Il convient encore de distinguer les codes qui précèdent du code **109513** pour les séances d'un traitement psychothérapique à son cabinet, du médecin spécialiste en psychiatrie, d'une durée de 45 minutes minimum, y compris un rapport écrit éventuel.

Selon le S.E.C.M., à tout le moins 50% des consultations attestées par le Dr A. sous le code 101916 du 15.03.2020 au 27.04.2022 sont non conformes car n'atteignant pas la durée de consultation requise, à savoir 45 minutes.

Le S.E.C.M. appuie sa thèse sur les profils du Dr A., les données reçues des organismes assureurs, les deux auditions (avant et après envoi du PVC) du Dr A. et l'examen de son agenda (pièces communiquées lors de la 2ème audition).

Lors de la 1ère audition du 17 février 2023, le Dr A. a indiqué:

- « …*Pendant la période COVID : après chaque consultation, je rédige les attestations de soins mais j'ai parfois jusqu'à 18 ou 20 patients par jour…* » ;

- travailler de 8 à 21h (et prend le dernier patient à 20h30) et en moyenne 13 heures par jour ;

- utiliser le code 101916 dès qu'elle avait un contact vidéo avec un patient et en cas de présence physique, le code 109513 :

« E. : Comment savez-vous quel code attester ?

A. : Si c'est vidéo, c'est 101916. Je le sais car j'étais en contact avec mes collègues du centre de santé mentale. Ils ne m'ont informé que d'un code. Je ne me suis pas renseignée pour connaître les autres codes existant. Je ne fais que des psychothérapies, pas de consultation psychiatrique de 10 minutes. Seulement des thérapies d'environ 30-40 minutes. Pas 45 minutes. Pendant le COVID, j'ai aidé beaucoup de patients psychotiques. Certains consultaient 2 fois par semaine et j'ai pu les aider, j'étais là à leur disposition, 30 minutes pas plus. » (PVA du 17 février 2023, p.6).

- tenir des plages de 45 minutes dans son agenda (patients en retard, possibilité d'avoir une pause) :

« *Je bloque en général 45 minutes par patient sauf au début de la journée et à la fin de la journée où j'ai chaque fois 2 plages de 30 minutes. Ces rendez-vous sont plutôt pour les patients que je vois 2 fois par semaine. Ces 30 minutes sont respectées. Le reste des plages sont d'une durée de 45 minutes, si le rendez-vous est moins long, cela me laisse ce temps de pause nécessaire. Je tiens à préciser que je n'écourte pas exprès les rendez-vous »* (PVA du 17 février 2023, p.8) ;

- qu'environ la moitié des consultations qui nécessite 30 minutes et l'autre moitié nécessite environ 45 minutes (rapport compris) :

« E. : Selon nos données, vous avez attesté le code de pseudonomenclature 101916. Dans quelles situations attestez-vous ce code ?

A. : Dès que j'ai un contact vidéo avec un patient, je mets le code 101916 et en cas de présence physique, je mets le code 109513. Il n'y a pas de consultation de moins de 30 minutes sauf si le patient est en retard. Je gardais mon agenda pour les consultations comme celui que je vous ai présenté précédemment (2 créneaux de 30 minutes matin et soir et le reste 45 minutes). Si j'ai parfois deux patients de 30 minutes pendant la journée, cela me permet d'avoir une pause et c'est pour ça que je tiens à garder des plages de 45 minutes dans mon agenda.

E. : Pour ce code vidéo (101916), à quelle proportion estimez-vous que les consultations durent 30 minutes ?

A. : Disons que c'est environ la moitié qui nécessite 30 minutes de contact et que l'autre moitié nécessite environ 45 minutes (rapport compris) » (PVA du 17 février 2023, pp.8-9) ;

- ne pas savoir que d'autres codes existaient / faire 30 minutes ;

- ne pas savoir combien d'heures des prestations 101916 pouvaient être facturées au maximum par jour.

Lors de la 2ème audition du 2 août 2023, consécutive à l'envoi du procès-verbal de constat et à l'intervention de son avocat, le Dr A. précisa en substance que :

- l'audition du 17 février 2023 avait duré plus longtemps que prévu ;

- avoir relu l'audition très rapidement car un patient était en salle d'attente, ne pas avoir relu avec attention lors de la réception du PVA, ne l'avoir relu avec attention qu'au moment de la réception du PVC, ne pas se souvenir avoir dit « *disons que c'est environ la moitié qui nécessite 30 minutes de contact et que l'autre moitié nécessite environ 45 minutes (rapport compris)* » ;

- commencer à 8h45 et terminer à 20h45 ;

- dans son agenda, les rendez-vous étaient fixés toutes les 45 minutes ;

- connaître le code 101916 (code covid) – le code présentiel est 109513 ;

- la proportion ne serait pas de 50%, les séances de moins de 45 minutes étant, selon le DR A., anecdotique ;

- ne pas faire la partie administrative durant le « face à face » ;

- la partie administrative durait entre 20h45 et 23h ;

- attester le code 101916 pour chaque personne pour les thérapies de couple (ne connaissant que ce code – personne ne lui ayant parlé d'autres codes) ;

- trouver normal de n'utiliser qu'un code ou deux ;
- la possibilité d'erreurs de date.

Il ressort de ces deux auditions que le Dr A. utilisait le code 101916 à l'exclusion du code 101894 dès qu'il s'agissait d'une consultation à distance, même si la consultation durait moins de 45 minutes, ce qui était généralement le cas, Mme A. ayant spontanément précisé faire :

« …Seulement des thérapies d'environ 30-40 minutes. Pas 45 minutes. Pendant le COVID, j'ai aidé beaucoup de patients psychotiques. Certains consultaient 2 fois par semaine et j'ai pu les aider, j'étais là à leur disposition, 30 minutes pas plus. » (PVA du 17 février 2023, p.6).

Elle ne gardait dans son agenda des plages de 45 minutes qu'afin de pouvoir faire des pauses, de faire face au retard de certains patients et de rédiger les documents administratifs (environ 10 minutes voire plus si la rédaction d'un rapport était nécessaire) après le « *face à face* » avec le patient.

Il ressort des premières déclarations effectuées *in tempore non suspecto* par le Dr A., ainsi que du contenu de l'agenda de cette dernière que seul le code 101916 était utilisé alors que les consultations ne duraient pas 45 minutes minimum.

Le Dr A. tente de minimiser le nombre de prestations non conformes en affirmant que seul 6,91 % de ses prestations auraient dû être attestées sous le code 101894 au lieu du code 101916.

L'examen du contenu manuscrit de l'agenda papier du Dr A. n'est pas de nature à corroborer cette affirmation, les mentions reprises sur celui-ci étant, de l'aveu même de Mme A., difficilement lisibles (nom des patients, erreurs de dates, biffures) et ne permettant pas de déterminer clairement le type de consultations (à distance ? au cabinet ? thérapie de couple ?).

Le contenu de cet agenda doit par conséquent être apprécié avec de très grandes réserves.

Ainsi, à titre exemplatif, lors de l'audition du 17 février 2023, trois journées ont été examinées avec le Dr A. (Annexes 3, 4 et 5 du PVA du 17 février 2023):

- Pour la journée du 17 août 2020: sur les 22 consultations attestées (dont 19 codes 101916), 14 noms sur 22 se retrouvaient dans l'agenda mais celui-ci comportait également 3 noms en plus ;

- Pour la journée du 4 janvier 2021: sur les 17 consultations attestées (dont 16 codes 101916), 12 noms sur 17 se retrouvaient dans l'agenda mais celui-ci comportait également 5 noms en plus (et un fonctionnaire européen) ;

- Pour la journée du 22 novembre 2021: sur les 16 consultations attestées (dont 14 codes 101916), 14 noms sur 16 se retrouvaient dans l'agenda mais celui-ci comportait également 2 noms en plus.

Le S.E.C.M. relève également à bon droit qu'il existe de nombreux exemples où l'agenda renseigne des rendez-vous toutes les demi-heures alors que le code utilisé est le 101916 (séance de 45 minutes à distance) ou 109513 (séance de 45 minutes en présentiel) au lieu de 101894 (45 minutes en distanciel) :

- Samedi 28 mars 2020 : 8 codes attestés pour des séances de 45 minutes (5 codes 109513 et 3 codes 101916) alors que l'agenda indique 3 rendez-vous de 30 minutes à 10h, 10h30 et 11h ;
- Jeudi 21 mai 2020 : 3 codes 101916 attestés pour des séances de 45 minutes alors que l'agenda indique 3 rendez-vous de 30 minutes à 11h, 11h30 et 12h ;
- Samedi 30 mai 2020 : 4 codes 101916 attestés pour des séances de 45 minutes alors que l'agenda indique 2 rendez-vous de 30 minutes à 10h30 et à 11h ;
- Vendredi 17 juillet 2020 : 2 codes 101916 attestés alors que l'agenda indique 2 rendez-vous de 30 minutes à 18h et 18h30 ;
- 10 août 2020 : 4 codes 101916 attestés mais l'agenda indique un seul rendez-vous à 11h ;
- 11 août 2020 : 4 codes 101916 attestés mais un seul rendez-vous dans l'agenda à 10h15 ;
- 13 août 2020 : 3 codes 101916 mais rien dans l'agenda ;
- 14 août 2020 : 5 codes 101916 attestés mais l'agenda indique 3 rendez-vous de 30 minutes à 10h, 10h30 et 11h ;
- Dimanche 27 décembre 2020 : 5 codes 101916 attestés mais l'agenda indique 2 rendez-vous de 30 minutes à 11h et 11h30 ;
- Samedi 23 janvier 2021 : 5 codes 101916 attestés mais l'agenda indique 4 rendez-vous à 10h, 10h30, 11h et 14h ;
- Samedi 20 février 2021 : 6 codes 101916 attestés mais l'agenda indique 3 rendez-vous de 30 minutes à 10h, 10h30 et 11h ;
- Samedi 27 février 2021: 5 codes 101916 attestés mais l'agenda indique un seul rendez-vous à 10h.

Le fait que certains rendez-vous aient été fixés toutes les 45 minutes ne signifie pas que les consultations à distance duraient « *au minimum 45 minutes* » comme le prévoit le code 101916, le calcul auquel procède Mme A. pour parvenir au pourcentage de 6,91% repose sur des prémisses erronées et ne saurait, dès lors, être retenu.

Le Dr A. a en effet précisé qu'elle gardait dans son agenda des plages de 45 minutes lui permettant de faire des pauses, de faire face au retard de certains patients et de rédiger les documents administratifs (environ 10 minutes voire plus si rapports) après le « face à face » avec le patient, le premier juge relevant à juste titre à cet égard que rien que le temps de connexion et de déconnexion d'un patient à l'autre prend +/-5 minutes.

Il s'ensuit que comme l'a déclaré Mme A. elle-même, le temps réel de consultation n'atteignait que rarement 45 minutes.

C'est en vain que le Dr A. affirme que la position du S.E.C.M.. n'est pas réaliste en ce qu'elle impliquerait la consultation de 18,4 patients par jour en moyenne alors que selon elle recevait environ 14 patients par jour, ce dernier chiffre n'étant basé que sur les données lacunaires figurant dans l'agenda du Dr A., dont il a été relevé ci-dessus qu'elles devaient être appréciées avec prudence.

Pour rappel, Mme A. a elle-même reconnu avoir parfois jusqu'à 18 ou 20 patients par jour.

En l'espèce, la Chambre de recours considère, à l'instar du premier juge, qu'il existe un ensemble de présomptions graves, précises et concordantes selon lesquelles 50% des prestations attestées sous le code 101916 (séance à distance de minimum 45 minutes) auraient dû être attestées sous le code 101894 (séance à distance de minimum 30 minutes), à savoir notamment :

- les déclarations formulées par le Dr A. lors de sa 1ère audition (*in tempore non suspecto)* ;

- la méconnaissance reconnue en audition des codes de la NPS (n'utilisant qu'un ou deux codes) ;

- l'usage systématique du code 101916 pour les séances à distance (indépendamment de leur durée) ;

- le fait de considérer que la durée de la consultation (code 101916, séance de 45 minutes minimum) comprendrait la rédaction des documents ayant lieu après le « *face à face* » avec les patients ;

- le manque de fiabilité des indications figurant à l'agenda du Dr A.

Pour la période du 15 mars 2020 au 27 avril 2022, 4.431 prestations 101916 ont été attestées par le Dr A.

Celles-ci furent introduites en remboursement auprès des organismes assureurs du 29 avril 2020 au 29 avril 2022.

Le grief concerne 50% de ces prestations, soit 2.215 prestations code 101916 non conformes et attestées à la place de prestations 101894.

Le grief litigieux est par conséquent établi à concurrence de 55.232 €.

e) Infractions - amende administrative :

e.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.

Conformément à l'article 142, §1, 2° de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, pour les prestations non conformes, une amende comprise entre 5% et 150% de l'indu peut être infligée.

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 frauduleuse ni imprudence caractérisée.

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).

En règle générale, la responsabilité pénale en droit social n'est souvent subordonnée qu'à deux conditions : la transgression matérielle et l'imputabilité, les délits en cette matière étant généralement des délits réglementaires ne requérant aucun élément moral particulier sauf exceptions. Ainsi, le fait réprimé est constitutif d'infraction par le seul fait de la transgression de la prescription légale, abstraction faite de l'intention de l'auteur ou de sa bonne foi.

Toutefois la responsabilité de l'auteur de l'acte ne peut être retenue que si le juge constate en outre que l'acte peut lui être imputé. Toute infraction, qu'elle soit ou non réglementaire, doit être le résultat de l'activité libre et consciente de son auteur (KEFER, Précis de droit pénal social, 2e éd , Limai, Anthémis, 2014, p. 68, §61).

Si le prestataire allègue avec vraisemblance une cause de justification, il appartient au S.E.C.M. 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 indue 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.

e.2) Application au cas d'espèce – Charge de la preuve :

Il appartient au S.E.C.M. de prouver l'existence de l'infraction, que ses éléments constitutifs sont réunis et qu'ils sont imputables au prestataire concerné et ce par toutes voies de droit.

Cette preuve peut notamment être rapportée par la voie de présomptions graves, précises et concordantes.

Il n'est en effet pas interdit au S.E.C.M. de recourir aux présomptions de l'homme dans l'administration de la preuve des faits retenus à grief.

L'appréciation de la valeur des preuves produites devant la juridiction administrative relève de son appréciation souveraine.

Comme relevé ci-avant, l'élément matériel propre à l'infraction est bien établi.

L'élément moral requis pour chacune des infractions est également établi, dans la mesure où le non-respect de la nomenclature des prestations de santé a été commis librement et consciemment par le Dr A.

Ni l'ignorance ou la complexité de la législation, ni l'éventuelle bonne foi, en l'espèce non démontrée, du Dr A. ne peuvent être prises en considération.

Un prestataire de soins a par ailleurs un devoir de vigilance et doit s'informer sur la manière d'attester et de prescrire les soins qu'il dispense (C.E., arrêt n°100.814, 14 novembre 2001).

L'élément moral est également établi, la cause de justification invoquée par le > Dr A., en l'occurrence une erreur de droit due à une méconnaissance de la nomenclature, n'apparaissant pas vraisemblable.

L'erreur de droit n'est en effet une cause de justification que si elle est invincible, c'est-à-dire s'il peut se déduire des circonstances de la cause que l'auteur du dommage a agi comme l'aurait fait toute personne prudente et raisonnable.

Il résulte de ce qui précède que les éléments constitutifs des infractions à charge du Dr A. sont réunis et lui sont imputables.

f) Hauteur de la peine – Sursis :

S'agissant du montant de l'amende administrative à infliger au Dr A., il y a lieu de tenir compte de la gravité des infractions, de l'ampleur des montants perçus indûment, de l'importance de l'indu qui s'élève à plusieurs dizaines de milliers d'euros et de l'absence de remboursement intégral des sommes indûment perçues.

C'est par conséquent à bon droit que la Chambre de première instance a condamné le Dr A. à une amende administrative s'élevant à 25% du montant des prestations indues, soit la somme de 13.808 euros assortie d'un sursis de trois ans pour la totalité de l'amende administrative, cette mesure de faveur se justifiant notamment par l'absence d'antécédents de Madame A.

Il découle de ce qui précède que les appels principal et incident sont non fondés.

Par ces motifs, la Chambre de recours instituée auprès du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'I.N.A.M.I.,

Composée de Monsieur MATHIEU Emmanuel, Président, des Docteurs LEFEBVRE Guy, LOPEZ Alain, KESTENS Catherine, MOUYSSET Virginie, membres ;

Après en avoir délibéré et statuant contradictoirement à l'égard des parties, dans la limite des appels ;

Les Drs LEFEBVRE, LOPEZ, KESTENS et MOUYSSET, membres ayant voix consultative, ayant rendu leur avis sans prendre part à la décision ;

Dit l'appel principal de Mme A. recevable mais non fondé et l'en déboute ;

Dit l'appel incident du S.E.C.M. recevable mais non fondé et l'en déboute ;

Confirme la décision prononcée le 8 mai 2025 par la Chambre de première instance en toutes ses dispositions.

La présente décision est rendue, après délibération, par la Chambre de recours instituée auprès du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'I.N.A.M.I., composée de Monsieur MATHIEU Emmanuel, Président, des Docteurs LEFEBVRE Guy, LOPEZ Alain, KESTENS Catherine, MOUYSSET Virginie, membres.

La présente décision est prononcée à l'audience du 26 mai 2026 par M. Emmanuel MATHIEU, Président, assisté de Mme Françoise DELROEUX, greffière.

DELROEUX Françoise	MATHIEU Emmanuel
Greffière	Président