

**DECISION DU FONCTIONNAIRE DIRIGEANT DU 21 JANVIER 2013
BRS/F/12-018**

**Madame A.
Pharmacienne**

Décision prise en vertu de l'article 143 §§ 1, 2 et 3 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

1 GRIEFS FORMULES

Deux griefs ont été formulés (voir pour le détail la note de synthèse précitée) concernant Madame A. pharmacienne, suite à l'enquête menée par les inspecteurs du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI.

En résumé, il lui est reproché ce qui suit :

Grief 1: Prestations non fournies

Infraction visée à l'article 73 bis, 1° de la Loi ASSI coordonnée le 14 juillet 1994

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

En l'occurrence, en tant que pharmacien titulaire, avoir porté en compte à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, par l'intermédiaire de son office de tarification, des conditionnements de spécialités pharmaceutiques en nombre supérieur à celui qui a réellement été délivré aux assurés.

Les faits ont été commis à l'officine dont Madame A. est le pharmacien titulaire, en l'occurrence la Pharmacie ...

Ces faits relèvent des dispositions de l'article 142, § 1^{er}, 1° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

Base réglementaire du grief

Arrêté Royal du 21 décembre 2001 fixant les procédures, délais et conditions concernant l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques :

Art. 2. L'assurance n'intervient que dans les coûts des spécialités figurant dans la liste et qui le cas échéant, ont été prescrites conformément à l'arrêté royal du 8 juin 1994 fixant le modèle de document de prescription des prestations de fournitures pharmaceutiques pour les bénéficiaires non hospitalisés, et qui ont été délivrées par les dispensateurs de soins légalement autorisés.

L'intervention peut être subordonnée à des mesures limitatives et dérogatoires telles qu'elles sont déterminées plus précisément dans les articles 80, 81 jusqu'à 85 inclus, 91, 92 et 93.

Les spécialités remboursables sont destinées à des bénéficiaires hospitalisés ou non.

Prestations en cause et nombre de prestations (calcul modifié suite aux éléments apportés par la prestataire)

Compte tenu des divers courriers, de l'absence d'un relevé de stock opposable au grief notifié, et du courrier recommandé du 25 avril 2012 (réf : 12007900-0016), les cas retenus se résument de la façon suivante :

<i>Spécialité</i>	<i>CNK</i>	<i>Achats</i>	<i>stock</i>	<i>Total fourni</i>	<i>Total facturé</i>	<i>F-T</i>	<i>Indu</i>
<i>ABILIFY 28 x 15 mg</i>	<i>2237238</i>	<i>44</i>	<i>0</i>	<i>44</i>	<i>47</i>	<i>3</i>	<i>344,36</i>
<i>ACTRAPID HM Penfill 5 X 300 IU</i>	<i>1085885</i>	<i>108</i>	<i>1</i>	<i>109</i>	<i>111</i>	<i>2</i>	<i>66,00</i>
<i>APIDRA 100 U/ml 15 ml</i>	<i>2156719</i>	<i>7</i>	<i>0</i>	<i>9</i>	<i>10</i>	<i>1</i>	<i>38,97</i>
<i>KAYEXALATE CA pulv, or 300 g</i>	<i>1174663</i>	<i>38</i>	<i>4</i>	<i>42</i>	<i>44</i>	<i>2</i>	<i>46,57</i>
<i>NEORAL SANDIMUM 50 X 50 mg</i>	<i>174689</i>	<i>16</i>	<i>0</i>	<i>16</i>	<i>17</i>	<i>1</i>	<i>99,96</i>
<i>NOVOMIX 30 Penfil</i>	<i>2071694</i>	<i>256</i>	<i>0</i>	<i>256</i>	<i>258</i>	<i>2</i>	<i>81,15</i>
<i>PROGRAFT 50 X 1 mg</i>	<i>1402312</i>	<i>118</i>	<i>1</i>	<i>119</i>	<i>121</i>	<i>1</i>	<i>80,39 *</i>
<i>RISPERDAL 60 X 3 mg</i>	<i>1101583</i>	<i>26</i>	<i>0</i>	<i>26</i>	<i>28</i>	<i>2</i>	<i>118,54</i>
<i>STOCRIN 30 X 600 mg</i>	<i>1732577</i>	<i>39</i>	<i>2</i>	<i>41</i>	<i>43</i>	<i>2</i>	<i>588,14</i>
<i>CO DIOVANE 98 X 160/12,5 mg</i>	<i>2092948</i>	<i>54</i>	<i>0</i>	<i>54</i>	<i>56</i>	<i>1</i>	<i>83,79</i>
						<i>17</i>	<i>1.547,86</i>

Le grief 1 concerne 17 spécialités pharmaceutiques pour un indu de 1.547,86 €.

Grief 2 - Prestations non conformes

Infraction visée à l'article 73 bis, 2° de la Loi ASSI coordonnée le 14 juillet 1994

Avoir, en tant que pharmacien titulaire, et par l'intermédiaire de son office de tarification, rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer des documents réglementaires lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans la présente loi, ses arrêtés d'exécution ou les conventions ou accords conclus en vertu de cette même loi.

En l'occurrence, avoir fait porter en compte aux Organismes Assureurs des interventions forfaitaires d'une valeur P 0,46, pour la délivrance fractionnée de traitement de substitution à la méthadone, en nombre supérieur au nombre de jours de traitement prescrit.

Ces faits relèvent des dispositions de l'article 142, §1 er, 2° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, d'application à partir du 15 mai 2007.

Base réglementaire

L'article 6 ter, § 2 de la Convention nationale entre les Pharmaciens et les Organismes Assureurs dispose :

« Les Organismes assureurs s'engagent, aux conditions définies dans cet article, à accorder une intervention forfaitaire aux pharmaciens d'officines ouvertes au public ainsi qu'aux pharmaciens hospitaliers pour les bénéficiaires ambulatoires pour la délivrance fractionnée des traitements de substitution à la méthadone délivrés effectivement par le pharmacien au patient ou à son mandataire.

« § 1 : Une intervention forfaitaire est accordée au pharmacien pour l'application des dispositions réglementaires de l'arrêté royal du 19 mars 2004 réglementant le traitement de substitution, en particulier, les articles 5, 6, 7 et 8, ainsi que l'article 9 premier alinéa.

« § 2. Dans le cadre des traitements de substitution prévus au § 1, le pharmacien porte en compte aux organismes assureurs une intervention forfaitaire d'une valeur P 0,46 par jour de traitement prescrit, comprenant également le conditionnement de sécurité, l'excipient éventuel, l'accompagnement et la TVA ».

Nombre de prestations

<u>Bénéficiaire</u>	<u>OA</u>	<u>Nbre d'honoraires</u>	<u>Nbre de jours</u>	<u>Montant remboursé</u>	<u>Différence</u>	<u>Montant indu</u>
<u>54000238906</u>	<u>306</u>	<u>690</u>	<u>665</u>	<u>541,95</u>	<u>25</u>	<u>19,64</u>
<u>70012435910</u>	<u>403</u>	<u>697</u>	<u>650</u>	<u>547,63</u>	<u>47</u>	<u>36,93</u>
<u>52091146965</u>	<u>235</u>	<u>691</u>	<u>658</u>	<u>543,12</u>	<u>33</u>	<u>25,94</u>
<u>6300218977</u>	<u>527</u>	<u>689</u>	<u>638</u>	<u>541,56</u>	<u>51</u>	<u>40,09</u>
<u>60081308169</u>	<u>325</u>	<u>678</u>	<u>642</u>	<u>532,81</u>	<u>36</u>	<u>28,29</u>
					<u>192</u>	<u>150,88</u>

Ce 2^{ème} grief concerne 192 prestations relatives à 5 assurés, pour un indu de 150,88 €

Indu total et remboursements

PVC	Grief	Base légale	Nbre de cas	Indu
30-03-2012	Prestations non fournies loi coordonnée le 14 juillet 1994 article 73 bis 1°	AR 21 décembre 2001 Article 2 Non fournitures de spécialités pharmaceutiques	17	1547,86
16-03-2012	Prestations non conformes loi coordonnée le 14 juillet 1994 article 73 bis 2°	Convention Pharmaciens/OA article 6 ter § 2 Dépassement des honoraires de méthadone	192	150,88
TOTAL			209	1698,74

Pour l'ensemble des griefs, l'indu total a été évalué à **1.698,74 €**.

Une déclaration de remboursement volontaire (DRV) a été envoyée à Madame A. le 14 mai 2012 et a été signée par la prestataire le 20 mai 2012.

La Direction finance de l'INAMI a enregistré le remboursement de l'indu total de 1698,74 € le 22 mai 2012.

2 DISCUSSION

1. Fondement des griefs

Quant au premier grief

Justification

La non fourniture de conditionnements de certaines spécialités pharmaceutiques a été mise en évidence par comparaison des fournitures maximales (achats auprès de divers grossistes de la pharmacie ..., additionnés le cas échéant du stock résiduel) avec la facturation à l'assurance obligatoire (données de l'Office de tarification TARDEL, authentifiées en vertu des dispositions de l'article 138 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994) et ce, du 1^{er} octobre 2009 au 30 septembre 2011.

Attendu qu'aucun inventaire n'a pu être fourni par Madame A. au moment du contrôle dont elle a fait l'objet, celui-ci se trouvant chez son réviseur d'entreprise ;

Que la pharmacienne enquêtrice du SECM a donc dû se résoudre à établir ses constats sur base des chiffres fournis par Madame A. lors de son audition ;

Que de ces chiffres est ressorti le constat d'un certain nombre de fournitures pharmaceutiques facturées à l'assurance obligatoire soins de santé alors que celles-ci n'avaient pas été délivrées aux patients ;

Que suite à certaines précisions apportées par Madame A. (courrier recommandé du 25 avril 2012* (réf : 12007900-0016)), le nombre de ces prestations non fournies fût revu légèrement à la baisse par l'enquêtrice du SECM ;

Qu'in fine, le décompte définitif s'est établi comme suit :

Spécialité	CNK	Achats	stock	Total fourni	Total facturé	F-T	Indu
ABILIFY 28 x 15 mg	2237238	44	0	44	47	3	344,36
ACTRAPID HM Penfill 5 X 300 IU	1085885	108	1	109	111	2	66,00
APIDRA 100 U/ml 15 ml	2156719	7	0	9	10	1	38,97
KAYEXALATE CA pulv, or 300 g	1174663	38	4	42	44	2	46,57
NEORAL SANDIMUMMUM 50 X 50 mg	174689	16	0	16	17	1	99,96
NOVOMIX 30 Penfil	2071694	256	0	256	258	2	81,15
PROGRAFT 50 X 1 mg	1402312	118	1	119	121	1	80,39 *
RISPERDAL 60 X 3 mg	1101583	26	0	26	28	2	118,54
STOCRIN 30 X 600 mg	1732577	39	2	41	43	2	588,14
CO DIOVANE 98 X 160/12,5 mg	2092948	54	0	54	56	1	83,79
						17	1.547,86

Attendu que dans ses justifications du 14 août 2012, Madame A. déclare que ce grief ne repose que sur de simples erreurs ;

Qu'elle soutient que les nouveaux éléments qu'elle apporte dans sa lettre de justifications sont de nature à donner lieu à une réévaluation du nombre de prestations visées par ce grief et à une rectification du montant de l'indu, à concurrence de 491.37€, détaillée comme suit :

- 1 Ability 28X15mg (115.54€)
- 2 Actrapid HM Penfill 5X300IU (35.07€)
- 1 Co Diovane 98X160/12.5mg (88.23)
- 1 Neoral Sandimummum 50X50mg (106.87€)
- 2 Novomix 30 Penfill (2X 40.94€)
- 1 Risperdal60X3mg (63.78€)

Qu'elle produit à cet effet une copie de son inventaire à la date du 30/06/2009 ;

Attendu toutefois que les justifications apportées par Mme A. ne sont pas de nature à remettre en cause la matérialité du grief ;

Qu'en effet, il y lieu de noter qu'à défaut pour celle-ci d'avoir pu produire son inventaire lors de l'enquête, le bilan retenu par l'enquêtrice a été concédé sur base des seules déclarations faites par la pharmacienne lors de son audition ;

Que de plus, il y a lieu de souligner que pour **2** des 5 spécialités pharmaceutiques (sur 10) pour lesquelles Madame A. a fourni des données, le bilan retenu par l'enquêtrice est **plus favorable** que celui de l'inventaire :

- **Kayexalate Ca** : 4 de stock **concédés** en PVC, **versus 3** dans l'inventaire ;
- Prograft : 1 + 1 de stock concédé en PVC et EF, versus 2 dans l'inventaire ;
- Actrapid : 1 de stock concédé en PVC, versus 2 dans l'inventaire ;
- CoDiovane : 1 de stock concédé dans l'EF, versus 1 dans l'inventaire ;
- **Stocrin** : 2 de stock **concédés** en PVC, versus **0** dans l'inventaire ;

Attendu également que l'officine est propriété de la Pharmacie...;

Que s'agissant de la comptabilité en société, un inventaire du stock doit être effectué le 1^{er} janvier de chaque année comptable.

Attendu que Mme A. produit un inventaire à la date du 30/06/2009 uniquement. Qu'elle ne fournit aucun inventaire pour les 2 années suivantes et qu'il n'y a dès lors rien qui prouve la stabilité ou la variation du stock au cours du temps.

Attendu qu'un inventaire en début et fin de période aurait permis au Service de contrôle de connaître exactement les fournitures effectuées du 1/09/2009 au 30/09/2011 : achats + stock au 01/09/2009 – stock au 30/09/2011 ;

Qu'en l'espèce, l'inventaire qu'elle fournit (inventaire au 30/06/2009), démarre avant le début de la période incriminée soit le 1/09/2009, et est arbitrairement considéré valable pour le 1/09/2009 sous prétexte qu'il reste stable entre le 1/07/2009 et le 1/09/2009, les achats, selon le Pharmacien A. étant parfaitement en adéquation avec les facturations correspondantes.

Attendu toutefois que les données de facturation fournies par le Pharmacien A. pour cette courte période (2 mois) ne sont pas des données authentifiées par les OA en vertu de l'article 138 de la loi et qu'elles ne sont donc pas utilisables comme telles.

Que si l'on considère néanmoins que les données de facturation transmises sont correctes, et en adéquation avec ce qui a été réellement facturé entre le 1/07/2009 et le 1/09/2009, on verra que dans certains cas, il n'y a pas d'adéquation entre les achats et les factures, et que dès lors, le stock n'est pas stable durant ces 2 mois et l'inventaire non utilisable :

- a) **Prograft** : 16 achetés, 21 facturés, d'où **surfacturation de 5 boîtes sur ces 2 mois**
- b) Stocrin : 9 achetés, facturation inconnue
- c) Kayexalate Ca : 11 achetés, 10 facturés (1 a été facturé sans achat le 07/07/2009, correspondant à une régularisation d'une délivrance antérieure le 13/06/2009 !)

Que dès lors, cet inventaire du 30 juin 2009 n'est pas valable, ni exploitable.

Attendu que pour certaines spécialités, Mme A. conteste encore le grief en invoquant une fourniture de conditionnements au prix plein, et donc, sans intervention de l'assurance obligatoire soins de santé ;

Qu'en ce qui concerne la spécialité **ABILIFY**, Mme A. écrit notamment :

« Les CBU pour les prescriptions n° 394667, 406876, 406875 sont effectivement vierges (...) correspondent à des boîtes remises à deux reprises (...), ces boîtes étant hors stock et réservées. Je me souviens parfaitement avoir commis l'erreur de confondre ce patient croyant qu'il s'agissait d'un « patient CPAS comptant » (sans mutuelle, alors qu'il « CPAS mutualiste. C'est pour cette raison que le CBU n'a pas été lu (...) »

Que de ces considérations, il ressort que dans certains cas, des boîtes ont été

- fournies mais non facturées à l'Assurance Soins de Santé ;
- dans ces cas, le Code Barre Unique (CBU) n'est pas lu.

Or, il est à noter que dans la comparaison faite en PVC, toutes les boîtes fournies sont considérées l'être en faveur des assurés.

Dès lors, ce qui précède aggrave le bilan entrées / sorties, les fournitures devant être diminuées des quantités fournies « au prix plein ».

En effet, compte tenu des déclarations de la prestataire, le nombre de CBU non lus peut se rapporter à des fournitures « prix plein » et diminuer d'autant le nombre de conditionnements fournis aux assurés !

Attendu qu'en ce qui concerne la spécialité KAYEXALATE Ca, Mme A. écrit : « Pour KAYEXALATE Ca (...) la **facturation est automatique** dès l'encodage des préparations magistrales. Les boîtes du patient récemment utilisées peuvent servir à une préparation ultérieure et **dans ce cas la spécialité utilisée est retirée de l'encodage**. Par exemple, les ordonnances 408527 (01/05/2011) et 383793 (24/04/2010) (...) sont des ordonnances de kayexalate en magistrale pour lesquelles il n'y a pas eu de facturation de la spécialité (...). Dans la facturation sont concernées par la magistrale les ordonnances 371261, 387121, 387122, 398660 et 415806. Pour cette dernière, **la spécialité a été retournée chez le grossiste** * car elle n'était pas nécessaire pour la préparation, une boîte ouverte restante ayant été utilisée. **Il a été oublié de la retirer de la facturation. Il s'agit d'une erreur** (...). En outre, un flacon a été facturé sans achat le 07/07/2009, correspondant à une régularisation d'une délivrance du 13/06/2009» ;

Qu'en ce qui concerne le 2^{ème} conditionnement de Kayexalate Ca concerné par le grief, il faut encore rappeler que le bilan retenu par l'enquêtrice est plus favorable que celui de l'inventaire puisqu'un stock de 4 boîtes a été concédé en PVC, alors qu'un stock de 3 figure dans l'inventaire ;

Le bilan retenu, en l'absence de production de l'inventaire au moment de l'enquête, l'a donc été au bénéfice de Mme A.

Attendu que Mme A. justifie encore la surfacturation des ACTRAPID par des fournitures provenant d'un grossiste complémentaire.

Que toutefois, il y a lieu d'observer que Mme A. ne produit aucun document qui permettrait de justifier la fourniture de 2 ACTRAPID entre le 1/09/2009 et le 30/09/2011.

Qu'en conséquence, le 1^{er} grief doit être déclaré établi et maintenu pour tous les cas cités à grief.

Quant au second grief

Justification

Attendu que l'examen des données de tarification de la pharmacie..., des ordonnanciers et des documents de prescription correspondant pour la période de prestation comprise entre le 1er mars 2010 et fin décembre 2011 a permis d'établir que, pour chaque bénéficiaire, il a été porté en compte aux Organismes Assureurs des interventions forfaitaires d'une valeur P 0,46, pour la délivrance fractionnée de traitement de substitution à la méthadone, en nombre supérieur au nombre de jours de traitement prescrit.

Qu'en dépit des déclarations de Mme A. cette méthode de calcul des honoraires surnuméraires est bien la même que celle appliquée dans le dossier précédent, une marge de 31 jours ayant été concédée pour chaque cas à savoir :

- Du 6 avril 2010 au 30 décembre 2011, 690 honoraires complémentaires pour le traitement de substitution à la méthadone ont été portés en compte.
- Compte tenu des 634 jours de la période à laquelle on peut ajouter un battement de 31 jours, soit 1 mois, il y a $690 - (634 + 31) = 25$ **suppléments d'honoraire en surfacturation**, se rapportant à un montant indu de $541,95/690 \times 25 = 19,64$ €.

Que la pharmacienne A. déplore cette méthode, considérant que c'est, selon les cas, plus de 31 jours qui auraient dû être concédés ;

Qu'elle fait en outre arbitrairement démarrer la période d'investigation plus tard (juin, versus avril 2010) et qu'elle la prolonge jusqu'au 31 décembre 2011, sans tenir compte des 31 jours concédés, et sans tenir compte des dates et honoraires s'y rapportant :

- Du **1er juin 2010** au 31 décembre 2011, il y a 579 +31 jours = 610 jours.
- Du 1er juin 2010 au 30 décembre 2011, il y a 600 honoraires, et donc seulement 10 honoraires surnuméraires.

Qu'en procédant de la sorte, Mme A. parvient à épargner quelques jours de traitement prescrits, pour lesquels elle a surfacturé des honoraires.

Attendu toutefois que Mme A. n'a pas à se substituer au SECM dans le choix de la méthode à utiliser pour le calcul de l'indu résultant de ce type de grief et qu'il y a lieu de s'en tenir à la celle du SECM.

Que cette méthode n'a en rien défavorisé la prestataire.

Qu'en conséquence, le 2^{ème} grief doit être déclaré établi.

2. Indu total et remboursements

Pour l'ensemble des griefs, l'indu total a été évalué à 1.698,74 €.

Une déclaration de remboursement volontaire (DRV) a été envoyée à Madame A. le 14 mai 2012 et a été signée par la prestataire le 20 mai 2012.

La Direction finance de l'INAMI a enregistré le remboursement de l'indu total de 1698,74 € le 22 mai 2012.

3. Sanction administrative

Quant au régime juridique de l'amende administrative

Plusieurs lois se sont succédé dans le temps :

1. A l'époque où les faits litigieux ont été commis, s'agissant de prestations de soins antérieures au 1er juillet 2011, les mesures applicables étaient les suivantes:
 - Pour le 1^{er} grief (prestations non effectuées – non fournies) : 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 de la valeur des prestations concernées (article 73bis, 1° et article 142, §1er, al.1^{er}, 1°, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994) ;
 - et pour le second grief (prestations non conformes) : 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 prestations concernées (article 73bis, 2°, et article 142, §1er, al.1er, 2°, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994).

2. La loi du 6 juin 2010 introduisant le Code pénal social (M.b. du 1er juillet 2010, p. 43.712), entrée en vigueur le 1er juillet 2011 (article 111 de la loi du 6 juin 2010), a introduit les modifications suivantes :
 - Sanction applicable aux dispensateurs de soins (article 225, 3° du C.P.S.) : soit une amende pénale de 50 à 500 €, soit une amende administrative de 25 à 250 € (article 101 du CPS), à majorer des décimes additionnels (article 102 du CPS).
3. La loi du 15 février 2012 (M.b. du 8 mars 2012, p. 14.267) a toutefois abrogé l'article 225, 3° du Code pénal social et a modifié l'article 169 de la loi ASSI coordonnée en précisant notamment que « Les infractions sont sanctionnées conformément au Code pénal social, à l'exception des infractions à charge des dispensateurs de soins et des personnes assimilées définies à l'article 2. n), visées et poursuivies conformément aux articles 73, 73bis, 138 à 140, 142 à 146bis, 150, 156, 164 et 174. »

La loi du 15 février 2012 est entrée en vigueur le dixième jour suivant celui de sa publication au Moniteur belge, soit le 18 mars 2012.

Dès lors, depuis le 18 mars 2012, les mesures visées au point 1 ci-dessus sont à nouveau d'application.

En conclusion, il est constaté que 3 régimes de sanctions se succèdent dans le temps, le 2^{ème} régime étant plus favorable que les 1^{er} et 3^{ème} régimes, par ailleurs similaires ;

Or, en vertu de l'article 2 du Code pénal, qui instaure un principe général de droit, si la peine établie au temps du jugement diffère de celle qui était portée au temps où l'infraction fût commise, la peine la moins forte sera appliquée.

Si plus de deux législations se succèdent entre le moment où l'infraction a été commise et le moment où l'infraction est jugée, «(...) Le juge appliquera donc la loi la plus douce, quelle qu'elle soit, et alors même qu'elle n'aurait été en vigueur ni lors de la commission de l'infraction ni lors du jugement. Les travaux préparatoires du Code pénal sont formels à cet égard: «La peine ne se justifiant que par la nécessité, il suffit que, durant un instant, cette nécessité se soit modifiée pour que le prévenu puisse demander à la société le bénéfice de cette modification » (...) (F. KUTY, Principes généraux du droit pénal, Larcier, Bruxelles, t. 1, 2ème éd., 2009, pp. 271-272).

Dans un litige où trois lois pénales se faisaient suite, la Cour de cassation a en effet estimé que la loi pénale la moins sévère trouvait à s'appliquer, et ce, même s'il s'agissait de la loi intermédiaire (Cass., 2ème ch., 8 novembre 2005, RG P.50915N, disponible sur <http://www.jure.juridat.just.fgov.be>).

Dans le présent litige, la sanction la moins forte est la sanction prévue par le CPS et d'application du 1^{er} juillet 2011 au 17 mars 2012 inclus, soit la sanction de niveau 2 constituée soit d'une amende pénale de 50 à 500 € ou d'une amende administrative de 25 à 250 € (article 101 du CPS), à majorer des décimes additionnels (article 102 du CPS).

Par conséquent, la seule sanction qui peut le cas échéant être infligée en l'espèce est la sanction de niveau 2 prévue à l'article 101 du CPS soit une amende administrative de 25 à 250 € (article 101 du CPS), majorée des décimes additionnels (article 102 du CPS).

Quant aux décimes additionnels, les articles 2 et 3 de la loi du 28 décembre 2011 portant des dispositions diverses en matière de justice (M.b. du 30 décembre 2011, Ed. 4, p. 81669) ont modifié la loi du 5 mars 1952 relative aux décimes additionnels.

Cette modification a pour conséquence que les décimes additionnels sont portés à 50 au lieu de 45. Cela signifie que le montant des amendes doit être multiplié par 6 (amende administrative de 150 à 1.500 €).

Compte tenu du fait que Madame A. a déjà, en 2009, fait l'objet d'une enquête pour des faits similaires de la part du SECM qui a donné lieu à une mesure de prévention – avertissement, le Service estime que pour chaque grief, une amende administrative de 250,00 € majorée des décimes additionnels (x 6) L'article 102 du CPS) soit 1500,00 € est tout à fait justifiée.

PAR CES MOTIFS,

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994,

APRES EN AVOIR DELIBERE,

Le Fonctionnaire-dirigeant du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité :

- Declare les griefs établis ;
- Prend acte du remboursement de la somme de **1698,74 euros** ;
- Condamne Madame A. au paiement d'une amende administrative de 250 euros majorée des décimes additionnels (x6) pour le 1^{er} grief, soit, une amende de 1.500,00 euros assortie d'un sursis d'une durée de 3 ans ;
- Condamne Madame A. au paiement d'une amende administrative de 250 euros majorée des décimes additionnels (x6) pour le 2^{ème} grief, soit une amende de 1.500,00 euros assortie d'un sursis d'une durée de 3 ans.

Ainsi décidé à Bruxelles, le 21/01/2013

Le Fonctionnaire – dirigeant,

Dr Bernard HEPP
Médecin-directeur général