

DECISION DE LA CHAMBRE DE PREMIERE INSTANCE DU 12 FEVRIER 2015  
FA-006-13

EN CAUSE DE :     **LE SERVICE D'EVALUATION ET DE CONTRÔLE MEDICAUX**, institué au sein de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité établi à 1150 Bruxelles, avenue de Tervueren, 211 ;

partie demanderesse ;

représenté par le Docteur D., médecin-inspecteur directeur, et par Madame E., attachée.

CONTRE:           **Monsieur A.** orthopédiste et bandagiste ;

**La SCS B.** ;

parties défenderesses ;

représentés par Me C., avocat.

## **I. LA PROCEDURE.**

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

- la requête du SECM déposée au greffe le 31 mai 2013 ;
- la note de synthèse du SECM ;
- les conclusions pour Monsieur A. et la SCS B., envoyées par lettre recommandée du 26 août 2013 ;
- les conclusions en réplique pour le SECM, déposées au greffe le 25 novembre 2013 ;
- les conclusions additionnelles pour Monsieur A. et la SCS B., envoyées par lettre recommandée du 20 décembre 2013 ;
- les différentes convocations en vue de l'audience du 23 juin 2014.

Les parties ont comparu et ont été entendues à l'audience publique du 23 juin 2014.

La cause a ensuite été prise en délibéré à la même audience.

La loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, ci-après loi ASSI et l'arrêté royal du 9 mai 2008 fixant les règles de fonctionnement et le Règlement de procédure des Chambres de première instance et des Chambres de recours ont été respectés dans le cadre de la procédure.

## **II. L'OBJET DE LA DEMANDE.**

Le SECM demande à la Chambre de première instance de :

1. Déclarer établis les griefs formulés à l'encontre de Monsieur A. et de la SCS B. pour tous les cas cités dans la note de synthèse ;
2. Condamner solidairement Monsieur A. et la SCS B. au remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé, soit la somme de 480.590, 11 € (article 142, § 1<sup>er</sup>, 1° et 2° de la loi ASSI coordonnée), à majorer, jusqu'à parfait paiement, des intérêts moratoires au taux légal, à titre principal, à partir du 14 septembre 2011 et, à titre subsidiaire, à partir de la présente requête au greffe de la Chambre de première instance ;
3. Condamner Monsieur A. au paiement d'une amende administrative de 250 € majorée des décimes additionnels (x 5,5), soit une amende effective de 1.375 € ;

Monsieur A. et la SCS B. demandent à la Chambre de première instance de :

1. A titre principal, déclarer l'action du SECM irrecevable ou constater à tout le moins que le SECM ne justifie pas de la recevabilité de son action et/ou des moyens de preuves produits/utilisés par lui ;
2. A titre subsidiaire, surseoir à statuer jusqu'à connaissance de l'issue de l'information ou de l'instruction pénale évoquée en page 9, point 2.5. alinéa 2 de la note de synthèse du SECM du 31 mai 2013 et disposition du dossier répressif constitué ensuite de cette information ou de cette instruction pénale ;
3. A titre encore plus subsidiaire, déclarer l'action du SECM à tout le moins non fondée ;
4. A titre encore plus subsidiaire, limiter la condamnation compte tenu des moyens développés.

## **III. LES FAITS.**

### **1.**

Monsieur A. est agréé en orthopédie pour les groupes I, II et IV, depuis le ..., sous le n° d'identification INAMI ...et en tant que bandagiste, pour les groupes I, II, III, IV et V, depuis le ..., sous le n° d'identification INAMI ...

Il travaille en tant qu'indépendant depuis 1995 après avoir travaillé, de 1989 à 1995, comme orthopédiste (employé) pour la société F.

Il est également gérant (notamment) de la société en commandite simple (SCS) B. qui possède quatre points de vente.

Il travaille avec plusieurs collaborateurs qui tiennent les points de vente, dont 4 sont agréés bandagistes. Il est le seul orthopédiste.

Son temps de travail était, selon ses déclarations, partagé en trois activités principales : les domiciles, les consultations en magasin et les fournitures sur appel.

Il précise qu'actuellement, il est principalement présent le mardi à ..., le mercredi à ..., le jeudi à ... et le vendredi à ... et que, par le passé, avant que la convention avec l'hôpital G. n'ait été dénoncée, il y travaillait 2 à 3 fois par semaine, ayant en charge les urgences, les consultations orthopédiques du mardi et du jeudi ainsi que certains hospitalisés.

## 2.

Les attestations de fournitures sont introduites en tiers-payant par l'office de tarification, l'asbl H.

Le volume d'activité de Monsieur A. révèle un important accroissement de la part prise par les 3 prestations concernées par l'enquête dans le chiffre d'affaire (codes 645632 ; 647592 et 653553) en orthopédie qui passe de 31 % en 2006 à 91 % en 2010 avec, parallèlement, une diminution du nombre des prestations différentes portées en compte qui passe de 99 en 2006 à 28 en 2010 pour l'orthopédie.

## 3.

Monsieur A. est déjà connu du SECM.

Un premier dossier (5 griefs, dont 2 à titre principal et 2 à titre subsidiaire) portait sur un remboursement total de 44.849, 22 € avec une décision de la Chambre restreinte du ... d'interdiction de remboursement de 15 jours (n° ...).

Un deuxième dossier (4 griefs - période du ... au ...) a fait l'objet d'une décision du ... de la Chambre de recours (n° de rôle : ...) qui a confirmé la décision du ... du Comité du SECM l'ayant condamné à rembourser la valeur de l'indu, soit 38.229,96 €, diminué de la somme de 12.500 €, déjà restituée et lui ayant infligé une amende administrative égale à 50% du montant de cet indu (sauf l'octroi d'un sursis total de 3 ans pour le paiement de l'amende).

Un troisième dossier (1 grief - période du ... au ...) a fait l'objet d'une décision du ... de la Chambre de recours (n° de rôle : ...) qui a confirmé la décision de la Chambre de première instance du ... l'ayant condamné au remboursement de la valeur des dépenses relatives aux prestations indues, soit la somme de 7.812,10 € et à une amende administrative égale à 100% du montant de cet indu (mais avec un sursis total de 3 ans pour le paiement de celle-ci).

Un quatrième dossier (1 grief - période du ... au ...) a fait l'objet d'une décision du ... de la Chambre de première instance (n° de rôle : ...) qui a confirmé la décision du fonctionnaire dirigeant du SECM du ... l'ayant condamné à rembourser la valeur des prestations indûment versées par l'assurance soins de santé, soit la somme de 12.780,44 € et lui ayant infligé une amende administrative égale à 100% du montant de cet indu mais l'a autorisé à régler les sommes dont il est redevable par des mensualités de 2.500 €.

## 4.

Après l'audition d'une plaignante, de deux médecins prescripteurs et de huit autres cas, par lettre du 2 août 2010, le SECM a recherché des cas similaires, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2009 en demandant à dix-huit organismes assureurs (OA) s'ils ont été amenés à

refuser à l'un de leurs assurés l'intervention dans une fourniture de matériel de bandagisterie ou d'orthopédie en raison d'une délivrance antérieure d'un matériel de même type par Monsieur A. et, dans ce cas, de lui transmettre une copie des documents de facturation de l'intéressé ainsi que la facture refusée si l'assuré a subi un dommage financier.

Le SECM a examiné la totalité du tiers-payant de l'officine de tarification « H. » aux OA 128, 316, 317, 527 pour la période du 1<sup>er</sup> janvier 2009 au 31 mai 2010 et tous les cas ayant fait l'objet d'un rejet du service de tarification de l'OA. Pour chacun de ces cas, il a étudié l'historique du bénéficiaire, à la recherche d'attestations de fourniture antérieures de Monsieur A. pouvant expliquer ce rejet de tarification.

Le SECM a également pris des renseignements auprès de l'hôpital G. et l'hôpital I. de ..., tant au niveau de la direction médicale que des médecins du service d'orthopédie et a obtenu les fichiers informatiques reprenant la totalité des consultants des services d'orthopédie et d'urgence de ces hôpitaux, lesquels ont été croisés avec le fichier ATTEST (tarification de Monsieur A.).

Le SECM a demandé les données authentiques aux OA pour la période du 1<sup>er</sup> septembre 2009 au 31 mai 2010 et a analysé ces données.

Selon le SECM, cette étude lui a permis de déduire l'existence d'un mécanisme frauduleux (établissement de fausses prescriptions destinées à couvrir la facturation de nombreuses prestations non délivrées), nécessitant de recourir aux documents authentiques non fournis par les données sur supports électroniques : attestations de fournitures comportant la signature de l'assuré bénéficiaire de la fourniture et prescriptions médicales.

C'est le motif pour lequel il a demandé ces documents authentiques auprès de quatre OA.

Il a par ailleurs demandé, le 1<sup>er</sup> juillet 2011, aux OA d'étendre la recherche à la période du 1<sup>er</sup> juin 2010 au 31 mars 2011 afin d'obtenir les données authentifiées complémentaires.

A l'occasion de ses auditions, Monsieur A. déposa au service divers documents dont une liste de huit cas litigieux.

Après audition de la plaignante, le SECM a recherché, le 28 juillet 2010, les deux attestations de fournitures de Monsieur A. dont question dans cette audition. Les deux prescriptions médicales y afférentes ont été également prises en copie.

Les médecins réputés avoir été les prescripteurs ont été interrogés par audition ou échange de courrier les 27 juillet 2010 et 28 février 2011 quant à la paternité de leurs prescriptions.

Le SECM a par ailleurs auditionné huit cas complémentaires pris au hasard (dont un sans débours de l'ASSI – accident de travail) entre août 2010 et janvier 2011, avant l'obtention des données authentifiées.

Le 25 octobre 2010, le médecin en chef de l'hôpital I. a été entendu afin d'obtenir de lui communication d'un fichier électronique reprenant l'identité des patients ayant consulté le service d'orthopédie, les urgences et le service de médecine physique. La même demande a été faite à l'hôpital G.

Après étude des données authentifiées et mise en évidence, selon le SECM, d'un système frauduleux consistant à établir de fausses prescriptions médicales pour couvrir la facturation de nombreuses prestations non fournies, le SECM a interrogé, en février, avril et mai 2011, trois médecins spécialistes en orthopédie de l'hôpital G. et un médecin spécialiste en orthopédie de l'hôpital I., soit en audition ou par courrier, quant à l'authenticité d'une série de prescriptions médicales qui leur ont été présentées.

De mai à juillet 2011, en plus de la plaignante et des huit cas pris au hasard, le SECM a auditionné quarante-sept bénéficiaires pour lesquels la prescription médicale n'avait pas été validée par les médecins prescripteurs ou a établi un constat afin de vérifier la réalité des fournitures des prestations portées en compte à leur nom par Monsieur A.

En septembre 2011, le SECM a auditionné trois collaboratrices de Monsieur A.

## 5.

Monsieur A. a été entendu en procès-verbal d'audition (PVA) les 16 septembre 2010, 4 février 2011, 25 février 2011 (dans le contexte du dossier E/... à sa charge), 27 mai 2011, 8 août 2011 (2 PVA : 1 AM + 1 PM), 1<sup>er</sup> et 14 septembre 2011.

Au total, six procès-verbaux de constat ont été dressés à charge de Monsieur A. :

- 4 février 2011, remis en main propre le jour même ;
- trois PVC du 5 mai 2011, notifiés par envoi recommandé ;
- 8 août 2011, remis en main propre le jour même ;
- 14 septembre 2011, remis en main propre le jour même.

Le PVC du 4 février 2011 est fondé sur base de :

- l'audition des assurés réputés avoir bénéficié de la délivrance des prestations ou de leur proche ;
- l'audition du docteur J., réputé avoir prescrit les fournitures portées en compte ;
- le constat des prescriptions falsifiées ;
- la prise en compte de la date de résiliation du contrat de collaboration de Monsieur A. avec l'hôpital G., antérieure aux faits cités à grief ;
- l'examen des listes de patients ayant consulté l'hôpital I. pour la période concernée par cette approche ;
- Indu récapitulatif = 7.805,85 € + 193.527,01 €.

Le PVC (1) du 5 mai 2011 est fondé sur base du rejet par le médecin prescripteur, le docteur K., des prescriptions lui imputées : il ne les reconnaît pas comme siennes. Par ailleurs, la date de résiliation du contrat de collaboration de Monsieur A. avec l'hôpital G. (lieu d'activité du médecin) est antérieure aux faits cités à grief.

Indu récapitulatif : 173.135,32 €.

Le PVC (2) du 5 mai 2011 est fondé sur base du rejet par le médecin prescripteur, le docteur L., des prescriptions lui imputées : il ne les reconnaît pas comme siennes. Par ailleurs, la date de résiliation du contrat de collaboration de Monsieur A. avec l'hôpital G. (lieu d'activité du médecin) est antérieure aux faits cités à grief. Indu récapitulatif : 148.732,92 €.

Le PVC (3) du 5 mai 2011 est fondé sur base du rejet par le médecin prescripteur, le docteur M., des prescriptions lui imputées : il ne les reconnaît pas comme siennes. Par ailleurs, la date de résiliation du contrat de collaboration de Monsieur A. avec l'hôpital G. (lieu d'activité du médecin) est antérieure aux faits cités à grief. Indu récapitulatif : 364.449,40 €.

Le PVC du 8 août 2011 est fondé sur base des similitudes de conditions d'exécution des fournitures mentionnées dans ce PVC avec celles citées antérieurement, les 4 février 2010 et 5 mai 2010.

Le grief est notifié à propos de 80% des prestations citées, a minima, en raison des faits suivants.

Sur la base des documents prélevés en fédération (OA 128,216,316 et 317) et des auditions des médecins en cause, il s'est avéré que les prescriptions médicales constituaient des faux dans les proportions suivantes :

Médecins	authentiques	fausses	% de faux
Dr K.	17	129	88,36 %
Dr L.	6	117	95,12 %
Dr J.	0	146	100,00 %
Dr M.	12	322	96,41 %

Les auditions d'assurés ont permis de mettre en évidence la validité de la méthode dans 46 cas sur 47, soit 98 %.

Aussi, sur pièces, pour la période du 1<sup>er</sup> septembre 2009 au 31 mai 2010, sont notifiés à grief à Monsieur A. 80 % des prestations authentifiées pour l'ensemble des OA, à propos des 4 médecins cités.

Toutes les prestations portées en compte par Mr A. ont été prises en compte. Parmi ces prestations (100 %) figurent donc toutes celles concernées par le grief énoncé de prestations non effectuées. S'agissant d'un pourcentage, il n'est pas possible, selon le SECM, d'établir une ventilation des prestations litigieuses (80 %).

Indu récapitulatif (sur base de 382 prestations, soit 80 % de 477) : 314.815, 67 € (soit 80 % de 393.519,59 €).

Le PVC du 14 septembre 2011 est un PVC récapitulatif.

Il est fondé sur base des faits suivants :

- la prescription médicale est un faux : le document est falsifié, il n'est pas conforme au modèle original ;
- l'assuré n'a pas consulté le service du médecin prescripteur à la date mentionnée, selon la déclaration des médecins hospitaliers et/ou la facturation hospitalière ;
- l'assuré, auditionné, confirme le caractère non effectué de la prestation (46 cas sur 48) ;
- l'assuré n'est pas le signataire de l'attestation de fourniture. Sa signature a été contrefaite (47 cas sur 48) ;
- les prestations sont postérieures à la date de résiliation du contrat de collaboration entre Mr A. et l'hôpital en cause ;

- des attestations de fourniture sont établies au bénéfice d'assurés décédés à la date de la soi-disant délivrance à l'assuré de matériel de bandagisterie/orthopédie (prestations non prises en compte puisque non remboursées par les OA).

Le SECM reprend l'explication de l'extension à 80% à la période examinée du 1<sup>er</sup> septembre 2008 au 31 mai 2010 (sur base du pourcentage le plus faible - 88,36 % - pour le docteur K., comme expliqué à l'audience).

Le SECM explique par ailleurs que les prestations reprises dans ce PVC sont pour une bonne part reprises des PVC antérieurs (04/02, 05/05 et 08/08/2011). Par souci de congruences administrative et juridique, elles sont notifiées avec application du principe de prescription biennale organisé par les articles 142, § 2 et 174, 10° de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, au 1<sup>er</sup> octobre 2009, pour l'ensemble de ces prestations.

Pour le SECM, ce PVC est le seul à prendre en compte pour définir l'échantillon des 721 prestations qui sert de base au calcul permettant de formuler le grief (Cf. p. 69/70) pour 576 d'entre-elles (soit 80 %), soit la somme réclamée de 480.590,11 € (soit 80 % de 600.737,64 €).

La SCS B. a également fait l'objet d'un PVC daté du 28 novembre 2011 qui reprend les mêmes cas que ceux repris au PVC du 14 septembre 2011 dressé à charge de Monsieur A..

## 6.

Monsieur A. a envoyé au SECM deux télécopies, les 30 août 2010 et 2 septembre 2010, à la base de son audition du 16 septembre 2010.

Son conseil a écrit au SECM les 22 février, 31 mai, 6 octobre et 6 décembre 2011.

## 7.

Le 1<sup>er</sup> décembre 2011, le SECM a porté les faits à la connaissance du Parquet (article 29 du Code d'instruction criminelle).

Une information a été ouverte sous le n° ... par Monsieur N., Substitut du Procureur du Roi à ..., qui a demandé une copie intégrale du dossier, le 28 décembre 2011.

Aux dates des 11 juin 2003 et 13 mai 2014, le dossier était toujours en cours d'information/d'enquête.

## 8.

Monsieur A. a signé, le 14 septembre 2011, un formulaire de « *Déclaration de remboursement volontaire* » pour un montant total à rembourser de 480.590,11 € à payer avant le 30 septembre 2012.

Aucun remboursement n'est intervenu à ce jour.

#### IV. LES GRIEFS.

1.

##### Grief n° 1

**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 au sens de l'article 73bis 1°.**

**Ces faits relèvent des dispositions de l'article 142, § 1<sup>er</sup>, 1° de la loi ASSI.**

En l'espèce il s'agit de prestations d'orthopédie (codes 645632, 647592 et 653553) non délivrées au bénéficiaire avec la circonstance aggravante que les fausses attestations de fournitures correspondantes ont été accréditées par l'établissement de fausses prescriptions médicales.

La base réglementaire s'appuie sur le principe général qui veut que les fournitures d'orthopédie ne sont remboursables par l'assurance soins de santé et indemnités que pour autant qu'elles aient été dûment délivrées aux bénéficiaires de ladite assurance.

Les dispensateurs de soins dont les prestations donnent lieu à une intervention de l'assurance sont tenus de remettre aux bénéficiaires ou, dans le cadre du régime du tiers payant, aux organismes assureurs, une attestation de soins ou de fournitures ou un document équivalent dont le modèle est arrêté par le Comité de l'assurance, où figure la mention des prestations effectuées ; pour les prestations reprises à la nomenclature visée à l'article 35, § 1<sup>er</sup>, cette mention est indiquée par le numéro d'ordre à ladite nomenclature (article 53, alinéa 1 de la ASSI).

La base de la formulation du grief se fonde sur une liste de 721 prestations échelonnées du **1<sup>er</sup> septembre 2009 au 31 mars 2011**, à concurrence d'un montant total facturé de 600.737,64 €.

Le grief est formulé pour 80 % de ces prestations, soit **576 prestations**, pour la même période, soit un indu total de **480.590,11 €**.

2.

##### Grief n° 2.

**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 lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans ladite loi, ses arrêtés d'exécution ou les conventions ou accords conclus en vertu de cette même loi, au sens de l'article 73 bis, 2°, s'agissant d'une part, de soins d'hygiène ainsi que de prestations de base concomitantes quotidiens prévus au point I de l'article 8, § 1<sup>er</sup>, 1° et 2° d'autre part, d'honoraires forfaitaires A et B prévus au point II de l'article 8, § 1<sup>er</sup>, 1° et 2° de la nomenclature alors que le degré de dépendance des bénéficiaires, tel qu'il est défini à l'article 8, § 5, 1° de la nomenclature et exigé soit, par les dispositions de l'article 8, § 6, 4° pour les soins d'hygiène quotidiens soit, par le libellé des honoraires forfaitaires A et B, n'étaient pas atteint.**



**Ces faits relèvent des dispositions de l'article 142, § 1<sup>er</sup>, 2° de la loi ASSI.**

Le grief est formulé à titre subsidiaire.

Il s'agit en l'espèce des mêmes 576 prestations d'orthopédie concernées par le grief n°1.

Ces prestations relèvent de l'article 29, § 1<sup>er</sup> de la nomenclature et leur fourniture, à supposer qu'elle ait vraiment eu lieu, aurait dû faire l'objet, selon le § 19 de ce même article 29 d'une prescription médicale en bonne et due forme.

**V. LA DISCUSSION.**

**A LA REGULARITE DE LA PREUVE.**

**1.**

Monsieur A. et la SCS B. soutiennent que le SECM ne démontre pas l'admissibilité des voies par lesquelles il aurait pris connaissance des faits allégués par lui pour adopter la décision querellée avec la conséquence que la demande du SECM est irrecevable.

Ils reprochent au SECM de ne pas identifier le ou les faits qui l'auraient conduit à développer l'enquête opérée à leur charge, la manière dont il a pris connaissance des faits allégués et, estiment dès lors que le SECM ne justifie pas la régularité de son action.

**2.**

Dans sa décision du 28 août 2012, la Chambre de recours répondait déjà comme suit au même argument soulevé par Monsieur A. :

*« L'appelant soutient dans sa requête d'appel que les éléments du dossier en sa possession ne lui permettent pas de déterminer que les voies par lesquelles le Service d'évaluation et de contrôle médicaux aurait pris connaissance des faits allégués, seraient admissibles. Ce dernier en déduit que l'admissibilité de la décision querellée n'est pas établie. Le concluant (sic) suppose donc que l'appelant entend contester la validité des constatations opérées à sa charge et la manière dont celles-ci ont été communiquées au Comité du Service d'évaluation et de contrôle médicaux.*

*Concernant ce premier moyen, on ne peut que former des suppositions tant les arguments soulevés par l'appelant sont vagues, non étayés et pour tout dire, incongrus.*

*En effet, l'appelant laisse entendre que le Service d'évaluation et de contrôle médicaux devrait démontrer la régularité des constatations opérées à charge de l'appelant pour fonder la simple admissibilité de la décision querellée ou a contrario prouver l'absence d'irrégularité pouvant affecter lesdites constatations.*

*Ce raisonnement, s'il devait être suivi, reviendrait à exiger du Service d'évaluation et de contrôle médicaux qu'il apporte la preuve de ce qu'il n'a pas commis un fait. Il s'agirait alors d'une « probatio diabolica » qui ne peut être apportée et qui ne peut être exigée car cela est impossible.*

*En qualité de partie appelante, qui soumet sa demande à la chambre de recours, il appartient à l'appelant de démontrer que sa demande est fondée. La charge de la preuve lui incombe à cet égard.*

*Tel qu'il a été formulé par l'appelant, le premier moyen soulevé à l'appui de la requête d'appel est dénué de tout fondement et de toute pertinence.*

*(...)*

*Si l'appelant entend réellement, et pas uniquement pour la forme, contester la régularité de la procédure soumise au Comité et l'admissibilité de la décision qui en est la résultante, il lui appartient d'indiquer les dispositions légales qui ont été violées, de démontrer en quoi la norme a été violée et l'incidence que cette irrégularité pourrait avoir sur la validité de la procédure en cours.*

*Dans sa requête, l'appelant semble laisser entendre qu'il n'aurait pas disposé des moyens nécessaires pour accomplir cette démarche.*

*Il faut rappeler cependant que l'appelant s'est vu remettre les procès-verbaux de constat des infractions qui lui sont reprochées, une copie des procès-verbaux d'auditions auxquelles il a participé. Par ailleurs, cet argument n'a jamais été soulevé devant le Comité alors que l'appelant a eu l'occasion de s'y défendre par le dépôt de conclusions et lors de son audition.*

*Pour autant que de besoin, il échet de rappeler encore que l'appelant est en droit de consulter l'intégralité de son dossier quand bon lui semble. La décision du Comité rappelle toutes les étapes de la procédure prescrite par la loi et tous les actes qui ont été accomplis dans le cadre de la procédure. L'appelant dispose de tous les éléments nécessaires pour formuler une éventuelle contestation de la validité de la procédure. A ce stade, le premier moyen soulevé par l'appelant n'est absolument pas fondé ».*

La Chambre de première instance se rallie à cette jurisprudence pour les motifs qui y sont précisés.

## 2.

Certes, en l'espèce, le SECM est la partie demanderesse et il lui appartient dès lors d'établir la réalité des infractions reprochées à Monsieur A.

Il appartient par ailleurs à la Chambre de première instance de contrôler la régularité des moyens de preuve produits par le SECM.

Le SECM rappelle à juste titre les dispositions légales pertinentes de la loi ASSI telles qu'elles étaient en vigueur au moment des faits, étant les articles 139, alinéa 2, 3<sup>o</sup>, 141, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1, 146, § 1 et 2 et 169, alinéa 2 de la loi ASSI ainsi que l'article 9, alinéas 1 et 2 de la loi du 16 novembre 1972 concernant l'inspection du travail.

La Chambre de première instance a par ailleurs pris soin de rappeler l'ensemble des faits, des actes accomplis par le SECM, des auditions, des PVA et PVC ainsi que des documents composant le dossier soumis à la contradiction des débats.

Ces éléments constituent « les voies par lesquelles le SECM a pris connaissance des faits allégués au terme de la décision querellée (sic) ».

Monsieur A. et la SCS B. n'identifient pas, dans leurs conclusions additionnelles, en quoi ces « voies » ne seraient pas admissibles. Ils ne formulent aucune critique précise.

Leur conseil s'est interrogé, à l'audience du 23 juin 2014, sur le fait de savoir si le dossier avait bien été initié par le SECM, comme il le prétend, à la suite d'une plainte et relève la possibilité d'interférence de différents intervenants dont la moralité n'est peut-être pas avérée (sic).

La Chambre de première instance constate que l'audition de la plaignante du 28 juillet 2010 figure au dossier (pièces n° 1907 et 1908) ainsi que les deux attestations de fournitures de Monsieur A. et les deux prescriptions médicales (pièces n° 1910 à 1913).

Elle rappelle à cet égard, pour autant que de besoin (car cet argument n'est pas soulevé), que les données qui permettent de déduire l'identité de l'auteur de la plainte ou de la dénonciation sont soustraites au principe du contradictoire (C.Const., arrêt n° 171/2008 du 3 décembre 2008, point B.6.6).

L'identité de la plaignante est du reste en l'espèce connue, s'agissant de la prescription du 20 juin 2008 (pièce n° ...), prétendument établie par le docteur J. (de l'hôpital I.) pour un « corset actif » au nom de O., « plaignante et cas à l'origine du dossier », selon le SECM (p.... de la note de synthèse).

Les médecins réputés avoir été les prescripteurs ont également été interrogés par audition ou échange de courriers, les 27 juillet 2010 et 28 février 2011 quant à la paternité de leurs prescriptions (pièces ... à ... et ... à ...).

Enfin, le SECM a entendu huit cas complémentaires avant de rechercher des cas similaires au sein de 18 OA par un courrier du 2 août 2010.

A supposer même que le SECM aurait initié son enquête sans plainte préalable, vu les antécédents de Monsieur A., la Chambre de première instance n'aperçoit en l'espèce aucune irrégularité dans le contrôle par le SECM des prestations de l'assurance soins de santé sur le plan de la réalité et de la conformité aux dispositions de la loi ASSI, de ses arrêtés d'exécution et des conventions et accords conclus en vertu de cette même loi.

Le SECM procède en effet à toute enquête ou constatation notamment d'initiative (article 146, § 2 de la loi ASSI).

Le SECM rapporte dès lors à suffisance de droit la régularité des constatations opérées à charge de Monsieur A..

Monsieur A. n'établit nullement que les « voies par lesquelles le SECM aurait pris connaissance des faits allégués au terme de la décision querellée ne seraient pas admissibles », qu'il aurait produit des informations et/ou des éléments de preuves obtenus irrégulièrement ou obtenu des aveux, suite à des constatations opérées irrégulièrement.

Il a pourtant accès à l'intégralité de son dossier et dispose donc de tous les éléments nécessaires pour formuler une éventuelle contestation sur la validité de la procédure.

Il n'a au demeurant jamais émis la moindre remarque lorsqu'il s'est vu remettre les procès-verbaux de constat des infractions qui lui sont reprochées ainsi qu'une copie des procès-verbaux des auditions auxquelles il a participé.

Les procès-verbaux des médecins-inspecteurs du SECM font foi jusqu'à preuve du contraire (article 169, alinéa 2 de la loi ASSI).

La Chambre de première instance rappelle surabondamment que, selon la Cour de cassation, « *Sauf en cas de violation d'une formalité prescrite à peine de nullité, la preuve illicitement recueillie ne peut être écartée que si le recueil de la preuve est entaché d'un vice préjudiciable à sa crédibilité ou portant atteinte au droit à un procès équitable. Le juge qui procède à cette*

*appréciation peut tenir compte, notamment, du caractère purement formel de l'irrégularité, de sa conséquence sur le droit ou la liberté protégés par la règle violée, de la circonstance que l'autorité compétente pour la recherche, l'instruction et la poursuite des infractions a commis ou n'a pas commis l'irrégularité intentionnellement, la circonstance que la gravité de l'infraction excède manifestement celle de l'irrégularité, le fait que la preuve illicitement recueillie porte uniquement sur un élément matériel de l'existence de l'infraction, le fait que l'irrégularité qui a précédé ou contribué à établir l'infraction est hors de proportion avec la gravité de l'infraction » (Cass., 10 mars 2008, S.07.0073.N).*

Monsieur A. n'identifie pas, au regard de la jurisprudence précitée de la Cour de cassation, quel vice préjudiciable à la crédibilité de la preuve entacherait le recueil de la dite preuve ou en quoi le SECM aurait porté atteinte au droit à un procès équitable.

Ce moyen n'est dès lors pas fondé.

## **B. LA DEMANDE DE SURSEOIR A STATUER.**

### **1.**

Monsieur A. et la SCS B. soutiennent que la Chambre de première instance doit surseoir à statuer dans l'attente de l'issue de l'information ou de l'instruction pénale.

Il invoque l'adage selon lequel « *le pénal tient le civil en état* » et la règle du « *non bis in idem* ».

Son conseil a admis, à l'audience du 23 juin 2014, qu'aucune action publique n'a pour l'heure été initiée contre lui mais a relevé la possibilité de recueillir, dans le cadre de l'information pénale, des éléments à décharge. Il maintient par ailleurs que l'action publique éventuelle pourrait déboucher sur une sanction pénale.

### **2.**

Il n'existe aucun principe général de droit ni aucune disposition législative propre à la matière de l'assurance maladie-invalidité qui obligerait la Chambre de première instance à surseoir à statuer sur des faits dont elle est saisie dans l'attente d'une décision des juridictions pénales sur les mêmes faits dans l'hypothèse où ceux-ci peuvent être considérés comme constitutifs d'infractions au sens du Code pénal (voy. par analogie, C.E., arrêt n° 105.838, du 24 avril 2002, p. 20 et 21/37 - il s'agissait en l'espèce d'une plainte ayant trait au faux et usage de faux).

L'article 4, alinéa 1<sup>er</sup> de la loi du 17 avril 1878 énonce du reste que « *L'action civile peut être poursuivie en même temps et devant les mêmes juges que l'action publique. Elle peut aussi l'être séparément; dans ce cas l'exercice en est suspendu tant qu'il n'a pas été prononcé définitivement sur l'action publique, intentée avant ou pendant la poursuite de l'action civile* ». Cette règle d'ordre public est exprimée par l'adage « *le criminel tient le civil en l'état* ».

A. FETTWEIS rappelle comme suit les conditions d'application de la règle :

« *a) il faut que l'action publique soit déjà intentée, c'est à dire que le magistrat instructeur ou la juridiction répressive soit effectivement saisi. Une plainte suivie d'une simple information du parquet - en dehors d'une mise à l'instruction - ne peut justifier la suspension de l'instance civile.*

*b) l'action civile doit être née du même fait que l'action publique dont l'intentement provoque le sursis ou elle doit être relative à des points qui sont communs à une action publique intentée avant ou au cours de l'exercice de l'action civile. En d'autres termes, les faits générateurs de la prétention soumise au juge civil (la cause de la demande), doivent être, en tout ou en partie, ceux qui justifient la saisine du magistrat répressif.*

*A cet égard, la jurisprudence se montre parfois trop large. On a par exemple admis à tort que le juge civil doit surseoir à statuer dès que « le résultat de la poursuite pénale est de nature à avoir une influence sur l'issue du procès civil ».*

(A.FETTWEIS, Manuel de procédure civile, Faculté de droit de Liège, 2<sup>ème</sup> éd., 1987, p. 438 et 439).

L'application de la règle le « *pénal tient le civil en état* » requiert donc que l'action publique soit intentée, soit par l'ouverture d'une instruction, soit par une citation du procureur du Roi ou de la partie civile et il ne suffit pas d'un dépôt de plainte ou de l'ouverture d'une information préalable (M. FRANCHIMONT, A. JACOBS et A. MASSET, Manuel de procédure pénale, 2e éd., 2006, p. 202).

En l'espèce, il n'est pas contesté que l'action publique n'ait pas été mise en mouvement, seule une information pénale étant toujours en cours à l'encontre de Monsieur A.

Il n'existe donc pas de motif valable de surseoir à statuer.

La circonstance que le résultat de l'information pénale serait susceptible d'apporter un éclairage nouveau sur les griefs formulés par le SECM à l'encontre de Monsieur A. ne constitue pas une raison suffisante de suspendre la présente procédure.

### 3.

L'adage *non bis in idem*, consacré par l'article 14.7 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques et par le droit interne en tant que principe général signifie qu'un même fait ne peut être sanctionné plus d'une fois par des sanctions de même nature mais peut faire l'objet de mesures ou de sanctions différentes.

La répétition de l'indu est en soit exempte de connotation répressive et indépendante de tout manquement de l'administré. Elle se limite, en effet, à obtenir la rétrocession des sommes payées indûment par l'autorité publique. La récupération des sommes payées par l'organisme assureur constitue une action purement civile (A. DEOM et Th. BAMBOIS, la définition de la sanction administrative, in Les sanctions administratives, Bruylant, 2007, p. 71).

Quelle que soit l'importance des montants à restituer, selon la Cour constitutionnelle, la rigueur du système, lorsque le manquement ne constitue pas une faute grave, ne suffit pas pour qu'il puisse être qualifié de répressif (C.A., arrêt n° 102/2000 du 11 octobre 2000, Bull. Inf. INAMI, 2001/1, p. 39, note M. DE GHELLINCK au sujet de l'article 97 de la loi du 9 août 1963, actuellement article 164 de la loi ASSI).

Il a enfin été jugé que le remboursement de la valeur des prestations sur base de l'article 141, § 5, dernier alinéa (de l'époque) de la loi ASSI coordonnée, n'est pas une peine mais une mesure de réparation. Les garanties juridiques qui valent pour les poursuites pénales au sens des

articles 6 de la CEDH et 14 du PIDCP ne sont par conséquent pas d'application devant la Chambre de recours (C.E., 7 janvier 2014, Bull. Inf. INAMI, 2014/1, p. 51).

Le principe *non bis in idem* ne s'applique donc pas à la récupération de l'indu.

Les amendes administratives sanctionnant les infractions à l'assurance obligatoire soins de santé ont par contre un caractère pénal au sens de l'article 6 de la Convention européenne des droits de l'homme (voy. S. HOSTAUX, Le contrôle médical en assurance obligatoire soins de santé - législation et contentieux, J.T.T., 2007, p. 393 et s.).

L'article 142, § 1<sup>er</sup> de la loi ASSI prévoit que le remboursement de l'indu et l'application d'amendes ne font pas obstacle au prononcé d'éventuelles sanctions pénales ou disciplinaires.

Lorsqu'un dispensateur de soins fait l'objet de poursuites pénales consécutives à une communication des faits au ministère public par le Service d'évaluation et de contrôle médicaux, l'Institut peut se constituer partie civile en vue de la récupération des prestations indûment remboursées par l'assurance soins de santé. Les montants ainsi récupérés sont versés au compte de l'Institut et comptabilisés comme recettes de l'assurance soins de santé (article 88 de la loi du 10 avril 2014 portant des dispositions diverses en matière de santé, complétant l'article 142, § 1<sup>er</sup> de la loi ASSI, en vigueur depuis le 10 mai 2014).

Les amendes administratives prévues aux articles 73 bis, 1<sup>o</sup> et 2<sup>o</sup> et 142, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1, 1<sup>o</sup> et 2<sup>o</sup> de la loi ASSI ont été remplacées, du 1<sup>er</sup> juillet 2011 au 17 mars 2012 inclus, par une sanction de niveau 2, 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).

Il n'est plus contesté que la loi pénale la moins sévère trouve à s'appliquer, dans un litige où, comme en l'espèce, trois lois pénales se faisaient suite et ce, même s'il s'agissait de la loi intermédiaire (Cass., 8 novembre 2005, R.G.P.50915N).

Le principe *non bis in idem* n'interdit pas que le législateur prévoie, dans un texte de loi, qu'un même fait puisse être réprimé par une sanction administrative ou par une sanction pénale. Il est à tout à fait possible de prévoir deux types de sanctions différentes pour un même fait.

Ce n'est que s'il y a application simultanée des deux types de sanctions qu'il y a atteinte au principe *non bis in idem* (D. ROULIVE, l'incidence du principe *non bis in idem* sur l'application des sanctions administratives dans la réglementation du chômage au regard de la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme et de la Cour de cassation, Droit pénal de l'entreprise, 2011/4, p. 286).

Selon la Cour de cassation, « *le principe général du droit non bis in idem n'est pas violé lorsque les faits constitutifs des deux infractions ne sont pas, en substance les mêmes ; il en est ainsi lorsque l'élément moral incriminé diffère d'un délit à l'autre* ».

Elle poursuit : « *La répression de l'intention frauduleuse visée à l'article 175 de l'arrêté royal du 25 novembre 1991 est une prérogative du pouvoir judiciaire dans l'exercice de laquelle une autorité administrative ne saurait s'immiscer. Il n'appartient pas au directeur de l'Office national de l'emploi de sanctionner une telle intention. Celui-ci n'a donc pas pu la prendre en considération pour fixer la durée de l'exclusion, et ne l'a effectivement pas prise en compte puisqu'il ne se réfère à cet élément moral spécifique que pour justifier la communication des*

*pièces à l'auditorat du travail aux fins de poursuites éventuelles* » (Cass. 25 mai 2011, J.L.M.B., 2012, p.112).

La Cour de cassation n'a donc pas comparé les faits infractionnels mais les éléments constitutifs des infractions. (Contra : CEDH, 10 février 2009, ZOLOTOUKHINE contre RUSSIE ; CEDH, 16 juin 2009, RUOTSALAINEN contre FINLANDE ; CEDH, 18 octobre 2011, TOMASOVIC contre CROATIE, J.L.M.B., 2013, p. 580 à 603 et note F.KONING ; C.Const., arrêt n° 28/2012 du 1<sup>er</sup> mars 2012 ; C. Const., arrêt n° 112/2012 du 20 septembre 2012 ; C.Const., arrêt n° 181/2013 du 19 décembre 2013, J.T., 2014, p. 207 et note F.KONNING).

Dans un arrêt du 27 mars 2013, la Cour de cassation a encore jugé que (souligné par le Tribunal) « *Le principe général du droit non bis in idem, inscrit à l'article 14, § 7, du Pacte international relatif aux droits civils et politiques, s'oppose à ce qu'une personne fasse l'objet de poursuites pénales après avoir payé une amende administrative à caractère répressif, lorsque le texte prévoyant l'amende administrative et celui relatif à l'infraction pénale répriment, en des termes équivalents, le même comportement et que les éléments essentiels des deux infractions sont identiques* » (Cass., 27 mars 2013, P.12.1945.F et la référence à C.Const., 26 avril 2007, n° 67/2007, considérant B.10; C.E., 9 décembre 2009, arrêt Carly, n° 198.730).

Elle a également jugé que « *Le principe «non bis in idem» n'est pas garanti par l'article 6 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales* » (Cass., 6 février 2014, F-20140206-4 et la référence à CEDH, n° 49195 99, HERMANUS contre BELGIQUE, 18 septembre 2001, n° 7 et CEDH, n° 13079/03, RUOTSALAINEN contre FINLANDE, 16 septembre 2009, n° 58-59; voir aussi les conclusions de Monsieur l'avocat général DE SWAEF, avant Cass., 29 janvier 2013, RG P.12.0402.N, A.C., 2013, n° 67, (263), 267).

Ainsi, si le comportement infractionnel est constitutif de faux, d'usage de faux, d'escroquerie, pour autant que les conditions imposées par le droit pénal soient réunies, le dispensateur peut à la fois être poursuivi et puni par une juridiction répressive et faire l'objet des mesures administratives décrites à l'article 142 de la loi ASSI.

Selon la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme, « *la garantie consacrée à l'article 4 du Protocole n°7 entre en jeu lorsque de nouvelles poursuites sont engagées et que la décision antérieure d'acquiescement ou de condamnation est déjà passée en force de chose jugée* » (CEDH, 10 février 2009, ZOLOTOUKHINE contre RUSSIE, §§ 82 et 83).

Le principe *non bis in idem* est violé lorsqu'une même personne, après avoir été déjà condamnée ou acquittée en raison d'un comportement, est à nouveau poursuivie, en raison du même comportement, pour des infractions dont les éléments essentiels sont identiques (CEDH, 29 mai 2001, FISCHER contre AUTRICHE, §§ 25-27; CEDH, 7 décembre 2006, HAUSER-SPORN contre AUTRICHE, §§ 42-46).

En l'espèce, Monsieur A. n'est pas poursuivi pénalement, s'agissant d'une simple information pénale.

Au moment où il invoque ce principe, il n'est pas condamné selon une décision pénale définitive.

A fortiori, il n'y a pas en l'espèce application simultanée d'une sanction administrative et d'une sanction pénale.

Pour que le principe *non bis in idem* s'applique, il ne suffit donc pas que l'action publique (qui n'a pas été mise en mouvement en l'espèce) « puisse déboucher sur une sanction pénale ».

Du reste, si le Parquet de ... devait décider de citer Monsieur A. devant le Tribunal correctionnel de ..., rien n'empêcherait celui-ci d'invoquer alors le principe général *non bis in idem*, en fonction du comportement incriminé et des éléments essentiels de la ou des infractions mentionnées dans la citation.

La Chambre de première instance relève encore que l'arrêt de la Cour du travail de Liège du 25 avril 2006, cité par Monsieur A. à titre de jurisprudence, n'est pas pertinent pour le présent dossier car il concernait le cumul de deux sanctions administratives de 8 semaines d'exclusion du bénéfice des allocations de chômage, infligées par l'ONEm, l'une sur base de l'article 154 (ne pas avoir noirci sa carte de contrôle) et l'autre sur base de l'article 155 (avoir fait usage de documents inexacts) de l'arrêté royal du 25 novembre 1991 portant réglementation du chômage.

Ce moyen n'est dès lors pas fondé.

### **C. LA PRESCRIPTION DE L'ACTION.**

#### **1.**

Monsieur A. et la SCS B. soutiennent que la demande du SECM est prescrite en application de l'article 174, 6° de la loi ASSI (délai de prescription de deux ans, à compter de la fin du mois au cours duquel ces prestations ont été remboursées).

Ils critiquent la référence, selon eux erronée, par le SECM à l'article 174, 10° de la loi ASSI, qui a été abrogé.

#### **2.**

Monsieur A. et la SCS B. perdent de vue qu'à l'époque des faits, l'article 174, alinéa 3 de la loi ASSI prévoyait déjà que, pour les faits soumis au fonctionnaire-dirigeant visé à l'article 143 et aux Chambres de première instance et aux Chambres de recours visées à l'article 144, la prescription prévue au 6° court à partir de la date où intervient une décision définitive du fonctionnaire-dirigeant, de la Chambre de première instance ou de la Chambre de recours.

Le Conseil d'Etat avait au demeurant jugé, à plusieurs reprises, que le délai de prescription visé à l'article 174, 6° de la loi était uniquement applicable aux procédures en récupération par un organisme assureur auprès d'un assuré social.

Il ne s'appliquait pas aux procédures en récupération par le SECM auprès d'un dispensateur de soins (C.E., 17 janvier 2002, n° 102.632, ...; C.E., 24 avril 2002, n° 105.838, ... déjà cité et C.E., 29 octobre 2007, n° 176.303,).

La Cour (alors) d'arbitrage avait aussi jugé que les récupérations visées à l'article 174, 6° concernent uniquement des prestations remboursées indûment - autrement dit, sans motif - par l'assurance soins de santé. Cette disposition règle les rapports entre l'organisme assureur et son assuré (C.A., arrêt n°23/2003 du 12 février 2003).

Il importe dès lors peu que la requête introductive d'instance parvenue au greffe le 31 mai 2013



concerne des prestations du 1<sup>er</sup> septembre 2009 au 31 mars 2011.

L'article 174, 10° b) de la loi ASSI prévoyait par contre que, pour l'application de l'article 142, § 1<sup>er</sup>, les constatations doivent, à peine de nullité, intervenir dans les deux ans notamment à compter du jour où les documents relatifs aux faits litigieux sont reçus par les organismes assureurs.

Il est exact que l'article 174, 10° de la loi ASSI a été abrogé par l'article 42 de la loi du 29 mars 2012 portant des dispositions diverses, en vigueur depuis le 9 avril 2012.

Selon l'exposé des motifs, « 1° Le contenu du 10° de l'article 174, alinéa 1<sup>er</sup>, peut être abrogé car il est repris par le présent projet à l'article 142, § 2 de la loi coordonnée » (Doc., Chambre des représentants, n° 53, 2097/001 et 2098/001, p. 26).

L'article 174, alinéa 4, troisième phrase, précise désormais que la prescription prévue au 6° ne s'applique pas aux faits soumis au Fonctionnaire-dirigeant ou au fonctionnaire désigné par lui visé à l'article 143, aux chambres de première instance et aux chambres de recours visées à l'article 144.

L'article 142, § 2 de la loi ASSI prévoit par ailleurs 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 deux ans :*

*a) à compter du jour où les documents relatifs aux faits litigieux sont reçus par les organismes assureurs ;  
(...) »*

C'est dès lors à juste titre que le SECM fait valoir que c'est bien le PVC qui interrompt la prescription dans ce système et il importe peu qu'il se réfère à l'ancien article 174, 10° de la loi ASSI puisque l'article 142, § 2 de la même loi prévoit la même règle et que l'article 174 exclut clairement la prescription prévue au 6° aux faits soumis notamment aux Chambres de première instance.

En l'espèce, les PVC ont été établis le 4 février 2011 et le 5 mai 2011 et un PV récapitulatif a été établi le 14 septembre 2011, soit dans les deux ans à dater de l'introduction des documents pour le remboursement auprès des organismes assureurs (entre le 6 octobre 2009 et le 27 avril 2011).

Monsieur A. n'explique pas au demeurant comment il entend appliquer dans le temps l'article 142 de la loi ASSI, rétabli par la loi du 13 décembre 2006 et modifié par la loi du 27 décembre 2006 ainsi que l'article 174 de la même loi, modifié par les lois des 13 décembre 2006, 26 mars 2007 et 19 décembre 2008 (avant l'entrée en vigueur des lois du 29 mars 2012, 19 mars 2013 et 10 mars 2014).

Ce moyen n'est dès lors pas fondé.

## D. L'EXTRAPOLATION.

### 1.

Monsieur A. et la SCS B. contestent également l'admissibilité de ce qu'ils considèrent être une méthode d'extrapolation mise en œuvre par le SECM pour établir le pourcentage de prescriptions litigieuses et partant l'indu qui en résulte.

L'utilisation d'une méthode d'extrapolation résulte, selon eux, du fait que le SECM affirme qu'ils devraient rembourser un indu de 480.590,11 € à raison de l'appréhension, au terme d'un échantillonnage, au regard des prestations litigieuses, d'un pourcentage de l'ordre de 80 % de prestations ne satisfaisant pas aux conditions légales/réglementaires de remboursement.

Dans un arrêt n° 223.425 du 7 mai 2013, le Conseil d'Etat a jugé, concernant la méthode d'extrapolation :

*« Le moyen est par contre recevable et fondé en cette branche en ce que le requérant reproche à la chambre de recours d'avoir recouru à une extrapolation pour conclure que certains actes sur lesquels il n'avait pas été enquêté n'avaient pas été accomplis par lui. C'est à juste titre que le requérant reproche à la chambre de recours de s'être prononcée sur le raisonnement suivi par la partie adverse en recourant à une extrapolation et non sur des faits matériels dûment constatés auprès des 214 patients pour lesquels les prestations de gingivectomie n'auraient soi-disant pas été effectuées. La chambre de recours a procédé, hors de toute disposition législative ou réglementaire l'y autorisant, à un renversement de la charge de la preuve des faits reprochés ».*

Selon Monsieur A. et la SCS B., par cet arrêt, le Conseil d'Etat a clairement consacré qu'il ne pouvait être recouru à la méthode par extrapolation pour tendre (par prétendues présomptions) à déterminer les remboursements.

Ils en déduisent que « subséquemment, pourraient seuls au plus être tenus pour justifier de la constitution d'un indu les cas dans lesquels un indu serait à constater au terme des prestations (seules) étudiées et documentées » par le SECM.

Selon eux, le SECM ne rapporte pas la preuve positive, du chef de chacun des remboursements inclus dans le montant de l'indu (480.590,11 €), cas par cas, du caractère indu du remboursement à chaque fois considéré.

Sur base de la jurisprudence de la Cour de cassation qu'ils citent, ils rappellent que, lorsqu'il recourt à la preuve par présomption de l'homme, le juge ne peut déduire le fait recherché que d'un fait certain. Il n'est par ailleurs une présomption qu'en présence d'une conséquence que le juge peut tirer d'un fait connu à un fait inconnu. De simples affirmations par une partie litigante ne peuvent évidemment tenir lieu de preuve quant à l'existence de fait.

Ils en concluent qu'au regard de ces principes, devrait-il être retenu qu'un pourcentage important parmi les remboursements étudiés par la partie requérante seraient indus – quod non - encore ne pourrait-on en déduire par présomption, que ce même pourcentage affecterait les prestations non étudiées.

### 2.

Le SECM soutient que le grief se fonde sur un ensemble d'éléments sérieux et concordants qui sont de nature à établir la matérialité des faits reprochés :

« (...) »

1. Analyse des documents authentiques

*Dans le cadre de l'enquête menée quant à l'activité de Monsieur A. , le SECM a procédé à l'analyse des données authentifiées (article 138 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994) fournies par les organismes assureurs et ce, pour la période du 01/09/2008 au 31/03/2011.*

*L'étude de ces documents a permis de conclure à l'existence d'un mécanisme frauduleux, consistant dans l'établissement de fausses prescriptions médicales destinées à couvrir la facturation de nombreuses prestations non délivrées, qui nécessita de recourir aux documents authentiques non fournis par les données sur supports électroniques à savoir les documents de prescriptions médicales et les attestations de fourniture de matériel orthopédique comportant la signature de l'assuré bénéficiaire.*

2. Audition des médecins prescripteurs

*Les 4 principaux médecins prescripteurs des prestations en cause (645632 - 647592 et 653553), invités à se prononcer sur l'authenticité des prescriptions médicales qui leur ont été soumises, n'ont pas authentifié la grande majorité des prescriptions (de 88 % à 100 %) qui leur ont été présentées :*

- *soit que le document de prescription est falsifié et n'est pas conforme au modèle utilisé à l'hôpital (note de synthèse - pages .. et ..) ;*
- *soit que le médecin prescripteur n'y reconnaît pas sa signature (note de synthèse – pages .. et ..) ;*
- *soit qu'il appert d'une vérification des données de facturation hospitalière que les bénéficiaires n'ont pas consulté les médecins prescripteurs aux dates des prescriptions qui leur sont prétendument attribuées (note de synthèse - pages .. et ..).*

*Le bilan qui ressort de ces auditions est que sur 751 prescriptions soumises à l'examen des médecins prescripteurs pour authentification, seules 35 ont été authentifiées par eux.*

*Le pourcentage de fausses prescriptions se porte donc à 95,34 % (716 fausses prescriptions sur un total de 751 analysées).*

3. Concernant l'absence de délivrance des fournitures portées en compte à l'assurance par Monsieur A., il y a lieu de relever que :

- *59 attestations de fournitures de matériel de bandagisterie / orthopédie portées en compte au nom de 57 assurés ont été étudiées par le SECM et présentées pour vérification de la réalité de la délivrance aux différents bénéficiaires ;*
- *le SECM a donc procédé à l'audition des 57 bénéficiaires, pour lesquels la prescription de prestations orthopédiques portées en compte à leur nom par Monsieur A. a été identifiée comme fausse par les médecins prétendument prescripteurs concernés.*

*De ces auditions, il ressort que :*

- ❖ *dans 39 cas, l'assuré n'est pas le signataire de l'attestation de fournitures, la signature a été contrefaite (note de synthèse – page ..) ;*

- ❖ dans 8 cas, les attestations de fournitures ont été établies sans prise en compte de la nouvelle adresse des bénéficiaires (note de synthèse – page ..) ;
  - ❖ dans 5 cas mentionnés en page .. de la note de synthèse, des attestations de fournitures ont été établies et introduites au remboursement pour des bénéficiaires décédés : il n'y a pas eu, dans ce cas, débours indu pour l'INAMI puisqu'il n'y a pas eu de remboursement opéré par les OA mais le fait signe en lui-même le caractère fictif des prestations ainsi portées en compte et illustre à suffisance le système frauduleux mis en place ;
  - ❖ les dates des prétendues fournitures sont postérieures à la date de résiliation du contrat de collaboration de Monsieur A. et de l'hôpital concerné (note de synthèse – page ..).
- En conclusion, la quasi-totalité des assurés interrogés confirme ne pas avoir reçu les fournitures mentionnées sur les attestations de matériel de bandagisterie / orthopédie qui leur sont présentées et qui portent leur prétendue signature (non délivrance de 56 prestations sur un total de 59 soit 95 % de non délivrance du matériel porté en compte par Monsieur A.) ;

#### 4. Déclaration de remboursement volontaire

Il convient de rappeler qu'en date du 14/09/2011, M. A. a signé un formulaire de « Déclaration de remboursement volontaire » pour un montant total à rembourser de 480.590,11 € à payer avant le 30/09/2012.

Par ailleurs, s'agissant du principe du remboursement volontaire, les déclarations suivantes doivent encore être mentionnées :

- en date du 31/03/2011, Me C. écrit :

« (...) Mon client entend souligner que sa volonté demeure entière (...) de voir rechercher une solution correcte en terme de remboursement. De manière générale, on constatera que la situation financière de mon client ne lui permettra pas de procéder autrement que par larges mensualités à un remboursement de l'ordre de celui évoqué en l'espèce (...) »

- en PVA M. A. a déclaré le 08/08/2011 :

« (...) Je tiens à manifester ma bonne volonté en effectuant un remboursement des sommes en cause. Ces sommes, soit la part « organisme assureur » de mes activités, représente 15 à 30 % du chiffre d'affaire de ma société. De sorte que ce remboursement paraisse plausible, non sur une année mais sur une période de 5 à 10 ans suivant le pourcentage de l'amende à venir. Vous ne pouvez vous engager sur ce principe, et nous convenons d'en reparler.(...) ».

- en PVA M. A. a déclaré le 01/09/2011 :

« (...) Vous attirez mon attention sur l'importance du montant de l'indu qui sera finalement arrêté et sur la possibilité qui m'est faite d'en débiter le remboursement dès à présent afin d'en étaler le paiement sur une plus longue période que celle, me dites-vous, que vous serez en droit de m'accorder (un an). (...) »

- en PVA M. A. a déclaré le 14/09/2011 :

« (...) Je tiens à ce que, comme pour les enquêtes précédentes dont j'ai fait l'objet, nous rédigeons un document de remboursement spontané. Mon intention est de débiter ce

**remboursement et de le poursuivre dans la mesure où cela me sera possible. Je dois dans mes prévisions aussi tenir compte de l'amende dont je serai frappé. (...) »**

Il est toutefois à noter qu'à ce jour, aucun remboursement n'est encore intervenu.

I. Monsieur A. conteste donc la méthode d'extrapolation utilisée par le SECM pour calculer l'indu résultant de l'infraction qui lui est reprochée.

Toutefois, le SECM estime pouvoir disposer d'un faisceau d'éléments suffisamment probants et concordants pour pouvoir fonder le grief n°1 (non délivrance) à minima sur base de 80 % de l'ensemble des prestations 645632, 647592 et 653553 portées en compte par Monsieur A. durant la période du 01/09/2009 au 31/03/2011, au total, 721 prestations énumérées en pages du PVC récapitulatif du 14/09/2011.

Le concluant considère en effet que cette méthode de calcul par extrapolation est licite dès lors que la preuve d'un grand nombre d'éléments susceptibles de fonder le grief sont rapportés (95,34 % des 751 prescriptions sont fausses et 56 fournitures sur 59 n'ont jamais été délivrées aux bénéficiaires).

Il a en effet déjà été jugé que « (...) L'estimation des prestations indûment portées en compte à l'assurance soins de santé peut être effectuée à la suite soit d'une vérification de tous les cas litigieux soit d'une extrapolation sur base de plusieurs cas litigieux, pour autant que l'échantillon de cas examinés soit suffisamment important et que les circonstances de l'infraction révèlent une pratique récurrente dans le chef du dispensateur de soins » (Chambre de première instance, 24 juillet 2012, FA-026-10, inédit) et que « (...) La méthode de calcul par extrapolation est licite à condition que la preuve de certains faits litigieux soit apportée et que l'enquête contienne un faisceau d'éléments de nature à établir la réalité des autres faits litigieux. (...) » (Chambre de première instance, 26 mai 2011, FA-008-10, inédit).

La Cour de Cassation a également jugé que la preuve basée sur l'extrapolation peut être légitime si celle-ci est utilisée en combinaison avec un ou plusieurs faits certains.

Les cours et tribunaux ordinaires ont également accepté l'administration de la preuve basée sur l'extrapolation (p. ex. dans des causes fiscales) (Cass. 10 mars 1995, FJF 1995, 298 ; Anvers 19 avril 1993, Fisc. Koer. 1993, 564; Anvers 2 oktober 2001, F.J.F. 2002/49 ; Liège 30 avril 2003, F.J.F. 2003, 1027).

Selon la jurisprudence et la doctrine, la preuve basée sur l'extrapolation est une application spécifique de la preuve par présomption de l'homme, prévue à l'article 1349 du Code Civil.

La présomption de l'homme est un moyen de preuve par lequel le juge tire des conséquences de faits connus à des faits inconnus et ce, par le biais d'un raisonnement logique (X., Controle en bewijs – Feitelijke vermoedens – winstmarge bepaald na controle – Toepassing op andere inkomstenjaren – Rechtspraak (Hof van Beroep Antwerpen 19 april 1993), Fisc. Koer. 1993, 93/564-566 ; X., Controle en bewijs – Feitelijke vermoedens – Extrapolatie winstmarge uit vorige inkomstenjaren – Rechtspraak (Cassatie 10 maart 1995), Fisc. Koer. 1995, 95/367-369).

En outre, selon l'article 1353 du Code civil, « Les présomptions qui ne sont point établies par la loi, sont abandonnées aux lumières et à la prudence du magistrat, qui ne doit admettre que des présomptions graves, précises et concordantes, et dans les cas seulement où la loi admet les

*preuves testimoniales, à moins que l'acte ne soit attaqué pour cause de fraude ou de dol » (article 1353 du Code civil).*

*C'est le juge qui estime souverainement si les faits sont certains et si l'on peut logiquement conclure, à partir de l'échantillon et des autres éléments probants, que le grief est établi. Ceci constitue en effet une appréciation de la preuve et donc une question de fait sur laquelle le juge de fond décide souverainement et en toute indépendance, en tenant compte de tous les éléments propres à la cause (CLAEYS BOUUAERT, I., Het bewijs in fiscale geschillen en de bewijsregeling van het Burgerlijk Wetboek, Fiscofoon 1985 nr. 52 (mars 1985), 53, nr. 49).*

*Enfin, il a aussi été jugé que « Peut être retenu à titre de présomption, le simple défaut de dénégation, par une partie d'un fait articulé par l'autre. S'il ne constitue en règle un aveu ou un acquiescement que s'il est accompagné de circonstances lui conférant ce caractère, le juge peut toutefois retenir cette circonstance à titre de présomption de l'homme » (Mons, 4 septembre 1993, Cr. circul., 1994, p.187, cité par D. MOUGENOT, op.cit., n°241, p. 286).*

*Peuvent également constituer des présomptions, des affirmations réitérées et non contestées d'une partie (Cass., 9 octobre 1973, Pas., 1974, I, p.551) ou, corrélativement, le silence gardé par une partie en présence d'affirmations réitérées par l'autre partie (Cass., 1<sup>er</sup> mars 1973, Pas., I, p. 612 ; Cass., 24 mai 1965, Pas., I, p.1024 ; Cass., 18 septembre 1964, Pas., 1965, I, p.61 ; Cass., 12 octobre 1962, Pas., 1963,I, p.192 ; Cass., 17 décembre 1953, Pas., 1954, I, p. 315). Seule une simple affirmation d'une partie dans sa propre cause qui n'est étayée d'aucun autre élément permettant d'y voir une présomption ne saurait constituer une preuve. (Cass., 14 janvier 2000, Bull., 2000, p.107), décisions citées par P.VAN OMMESLAGHE, op.cit., n°1794, p.2421.*

*Or, il est à noter en l'espèce que Monsieur A. n'a jamais vraiment apporté le moindre démenti aux différents PVC lui notifiés et qui retiennent, par extrapolation, 721 prestations 645632, 647592 et 653553 non délivrées aux bénéficiaires, ni à la note de synthèse du SECM reprenant le détail du calcul de ladite extrapolation et que bien au contraire, Monsieur A. s'était même engagé à rembourser la totalité de l'indu résultant de ce calcul.(...) »*

### **3.**

Suite à deux questions parlementaires jointes portant sur « l'arrêt du Conseil d'Etat sur les méthodes d'enquête du service d'évaluation et de contrôle médicaux », la Vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des institutions culturelles fédérales a répondu ce qui suit :

*« (...) Depuis le traitement de cette affaire, le service a peaufiné sa méthode de travail et affiné ses outils statistiques. Il travaille désormais sur la base d'échantillons statistiquement significatifs. La jurisprudence et la doctrine estiment que la preuve fondée sur des extrapolations constitue une application particulière de la preuve par le biais de présomptions de fait, basée sur l'article 1349 du Code civil. La Cour de cassation, les Cours d'appel et les Chambres de première instance et d'appel de l'INAMI partagent ce point de vue.*

*Cela étant, j'ai demandé à ce que l'on étudie le plus rapidement possible les conséquences de cet arrêt et de vérifier si, avec les modifications que je viens d'évoquer, les nouvelles pratiques du service peuvent s'accompagner d'une certaine sécurité juridique ou s'il faut envisager une modification réglementaire (...) » (CRIV 53 PLEN 143, n° 07.03, p. 21 et 22).*

Selon l'article 1349 du Code civil, « Les présomptions sont des conséquences que la loi ou le

*magistrat tire d'un fait connu à un fait inconnu ».*

« *Le mécanisme de la présomption suppose donc un raisonnement. On part d'une réalité connue pour démontrer l'existence de quelque chose qui jusqu'alors n'était pas prouvé. Le raisonnement ainsi mis en œuvre est habituellement qualifié d'induction* » (D. MOUGENOT, Droit des obligations - la preuve, Larcier, 2002, n° 231, p. 282, et les références citées à la note 1).

Les faits sur lesquels le juge appuie son raisonnement doivent donc être établis, c'est-à-dire qu'ils doivent être prouvés.

La Cour de cassation a récemment décidé, toujours en matière fiscale qu'aucune disposition légale n'empêche que la preuve de ces faits puisse elle-même résulter de présomptions (Cass., 22 mai 2014, J.T., 2014, p. 679) en sorte que l'adage « *présomption sur présomption ne vaut* », n'a aucune valeur juridique.

Selon l'article 1353 du Code civil, « *Les présomptions qui ne sont point établies par la loi, sont abandonnées aux lumières et à la prudence du magistrat, qui ne doit admettre que des présomptions graves, précises et concordantes, et dans les cas seulement où la loi admet les preuves testimoniales, à moins que l'acte ne soit attaqué pour cause de fraude ou de dol* ».

La loi ne requiert pas une pluralité de présomptions, mais implique que lorsque plusieurs faits ou indices sont admis comme présomptions, celles-ci doivent être concordantes (Cass., 22 mai 2014, J.T., 2014, p. 679).

Le texte invite donc le juge à faire preuve de prudence mais il est de jurisprudence et doctrine constantes que, dans l'emploi des trois qualificatifs, il ne faut voir qu'un conseil du législateur qui laisse au juge l'appréciation souveraine de la pertinence des faits invoqués (D. MOUGENOT, op. cit., n° 238, p. 284 et les références citées à la note 8).

Le juge du fond constate souverainement l'existence des faits sur lesquels il se fonde. Les conséquences qu'il en déduit au titre de présomptions de l'homme sont laissées à ses lumières et à sa prudence et il n'est pas requis que ces présomptions se déduisent nécessairement desdits faits. Il suffit qu'elles puissent en résulter.

La Cour de cassation se borne à contrôler si le juge n'a pas violé la notion juridique de « *présomptions de l'homme* » et notamment s'il n'a pas déduit des faits constatés par lui des conséquences qui, sur leur fondement, ne seraient susceptibles d'aucune justification (Cass., 22 octobre 2004, Pas., I., 2004, p.1641 ; Cass., 22 mars 2001, Pas., 2001, I, p. 460).

Le raisonnement doit apporter au juge une certitude quant à l'existence du fait recherché qu'il induit du fait connu. Il méconnaît l'article 1353 du Code civil s'il se contente d'une simple probabilité à cet égard (P. VAN OMMESLAGHE, Droit des obligations, Tome 3, Bruylant, 2010, n° 1793, p. 2419 qui cite Cass., 16 juin 2003, Pas., I., 2003, p. 1180 et Cass., 22 décembre 1986, Pas., 1987, I, p. 501 et note).

« (...) *après le rappel du pouvoir souverain d'appréciation du juge, la Cour de cassation déclare contrôler « si celui-ci n'a pas méconnu ou dénaturé la notion légale de « présomption de l'homme » et si, notamment, il n'a pas déduit des faits constatés par lui des conséquences qui seraient sans aucun lien avec eux ou qui ne seraient susceptibles, sur leur fondement, d'aucune justification* » ( D. MOUGENOT, op.cit., n° 240, p. 285 et les arrêts cités à la note 11).

Peut être retenu à titre de présomption, le simple défaut de dénégation, par une partie, d'un fait articulé

par l'autre. S'il ne constitue en règle un aveu ou un acquiescement que s'il est accompagné de circonstances lui conférant ce caractère, le juge peut toutefois retenir cette circonstance à titre de présomption de l'homme (Mons, 4 septembre 1993, Dr. circul., 1994, p.187, cité par D. MOUGENOT, op.cit., n° 241, p. 286).

Peuvent également constituer des présomptions, des affirmations réitérées et non contestées d'une partie (Cass., 9 octobre 1973, Pas., 1974, I, p. 551) ou, corrélativement, le silence gardé par une partie en présence d'affirmations réitérées par l'autre partie (Cass., 1<sup>er</sup> mars 1973, Pas., I, p. 612 ; Cass., 24 mai 1965, Pas., I, p. 1024 ; Cass., 18 septembre 1964, Pas., 1965, I, p. 61 ; Cass., 12 octobre 1962, Pas., 1963, I, p. 192 ; Cass., 17 décembre 1953, Pas., 1954, I, p. 315). Seule une simple affirmation d'une partie dans sa propre cause qui n'est étayée d'aucun autre élément permettant d'y voir une présomption ne saurait constituer une preuve (Cass., 14 janvier 2000, Bull., 2000, p. 107), décisions citées par P. VAN OMMESLAGHE, op. cit., n° 1794, p. 2421.

Dans un arrêt n° 227.073 du 9 avril 2014, le Conseil d'Etat a encore eu à connaître de la légalité de la preuve par extrapolation.

Il était essentiellement reproché à la Chambre de recours de ne pas avoir répondu aux moyens spécialement invoqués par le requérant.

La Chambre de première instance estime que, pris isolément, le mécanisme de l'extrapolation, ne peut suffire à établir l'existence du grief à une échelle plus grande que celle des cas analysés par le SECM.

D'autres éléments, tels que l'absence de contestation dans le chef du prestataire de soins, les témoignages de collaborateurs ou de patients, etc., doivent corroborer le mécanisme de l'extrapolation pour que celui-ci puisse être retenu (dans le même sens, Chambre de première instance, 18 décembre 2014, FA-003-14, inédit).

Les éléments matériels constitutifs d'une infraction peuvent être considérés comme étant établis « (...) *en se fondant sur la concordance entre les témoignages des assurés et plusieurs éléments de l'enquête, éléments qui n'ont pas été sérieusement contestés par le dispensateur de soins au cours de ses auditions* (...) » (C.E., arrêt n° 64.701 du 21 février 1997, inédit).

#### 4.

Il convient dès lors de déterminer si la Chambre de première instance dispose d'éléments tangibles permettant de déterminer la mesure exacte du nombre de prestations erronément portées en compte à l'assurance maladie invalidité.

Contrairement à ce que soutiennent Monsieur A. et la SCS B., la prétention du SECM d'obtenir leur condamnation solidaire à lui rembourser la somme de 480.590,11 € n'est pas fondée exclusivement sur une « extrapolation opérée au départ de sondages ».

Le SECM se fonde également sur les aveux de Monsieur A., sa volonté répétée de rembourser l'indu tel que notifié par le SECM et l'absence initiale (jusqu'au dépôt des conclusions reçues au greffe le 27 août 2013) de toute contestation par ce dernier de la méthode utilisée par le SECM pour déterminer le montant de cet indu.



Il s'agit d'une présomption à laquelle la Chambre de première instance peut avoir égard.

Par ailleurs, s'il est exact que, pour déterminer le nombre de prestations non fournies, le SECM fonde son raisonnement sur une méthode indiciaire, il convient de relever que cette méthode est uniquement utilisée pour l'établissement de l'indu résultant du premier grief.

En ce qui concerne le second grief (subsidaire), le raisonnement du SECM est fondé sur la confrontation de 751 prescriptions à l'examen des médecins prescripteurs pour authentification.

Il en résulte que sur ces 751 prescriptions, seules 35 ont été authentifiées par ceux-ci.

Enfin, Monsieur A. et la SCS B. se bornent à contester, de manière générale, la méthode de l'extrapolation (qui consiste à se baser sur un échantillonnage limité pour extrapoler à un plus grand nombre de cas), depuis qu'ils ont pris connaissance de l'arrêt du Conseil d'Etat du 7 mai 2013 alors qu'en l'espèce le SECM infère d'une liste de 721 prestations échelonnées du 1<sup>er</sup> septembre 2009 au 31 mars 2011, 80 % d'infractions, soit 576 prestations, pour la même période.

Il s'agit donc bien, comme plaidé par le SECM, d'un grief « *a minima* » lorsqu'il est établi que le pourcentage de fausses prescriptions s'élève à 95.34 % (716 sur 751 prescriptions analysées) suite au bilan des auditions des médecins prétendument prescripteurs des trois prestations en cause, appelés à se prononcer sur leur authenticité et que, sur un total de 59 prestations (pour 57 bénéficiaires), 56 n'ont pas été délivrées, soit 95 %.

A supposer que le grief soit établi par extrapolation, le SECM produit en l'espèce des éléments qui viennent corroborer ce mécanisme.

La Chambre de première instance renvoie à l'analyse des quatre PVC antérieurs au PVC récapitulatif du 14 septembre 2011 (point III, 5 de la présente décision).

Lors de l'audition du 1<sup>er</sup> septembre 2011, il a été expliqué à Monsieur A. que le PVC récapitulatif reprend le contenu des PVC antérieurs mais fixe une date de prescription biennale identique pour tous, par souci de cohérence juridico-administrative de sorte que l'indu final sera revu à la baisse.

Monsieur A. a marqué son accord sur l'établissement d'un engagement de paiement « comme je souhaite le faire, dont j'ai l'expérience du fait de mes antécédents dans votre service (p. 4/5 du PVC du 1<sup>er</sup> septembre 2011).

Il est dès lors particulièrement mal venu à remettre en cause la méthode suivie pour établir l'indu.

**En conclusion**, la Chambre de première instance constate que le grief n° 1 est établi et que Monsieur A. et la SCS B. ne fournissent aucun élément de nature à contredire l'existence de ceux-ci.

Monsieur A. est dès lors condamné à rembourser la totalité de l'indu sur base de l'article 142, § 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup> de la loi ASSI, soit la somme en principal de 480.590,11 €.

## 5.

Les éléments matériels propres à l'infraction sont établis.

L'élément moral requis est également établi, dans la mesure où la non fourniture des prestations a été commise librement et consciemment par Monsieur A..

C'est en vain que celui-ci invoquerait sa bonne foi ou l'absence d'intention de fraude.

Les infractions précitées figurent parmi les infractions réglementaires pour lesquelles l'élément moral se limite au fait d'agir librement et consciemment et ne porte absolument pas sur la bonne (ou mauvaise) foi du prestataire, pas plus que sur une quelconque intention frauduleuse.

De surcroit, la bonne foi ne constitue nullement une cause de justification d'une infraction.

Monsieur A. ne peut faire valoir aucune cause de justification pour faire obstacle à la sanction.

La Chambre de première instance estime dès lors que l'infraction précitée a été commise par Monsieur A. et lui est imputable.

Les seules sanctions qui peuvent, le cas échéant, être infligées à Monsieur A., dans le cadre de la présente contestation, telle qu'elle est soumise à la Chambre de première instance, sont les sanctions de niveau 2 prévues à l'article 101 du Code Pénal Social, soit une amende administrative de 25 à 250 €, majorée des décimes additionnels (article 102 du CPS) et non les sanctions prévues à l'article 142, § 1<sup>er</sup>, al. 1, 1<sup>o</sup> et 2<sup>o</sup> de la loi ASSI (voy. notamment Chambre de recours, décision prononcée le 18 avril 2013, numéro de rôle FB-005-11, publiée sur le site internet de l'INAMI).

L'INAMI ne le conteste d'ailleurs pas et demande l'application de ces sanctions.

Dans son appréciation de l'amende administrative à infliger à Monsieur A., la Chambre de première instance estime devoir tenir compte des éléments suivants :

- la gravité du manquement imputé à un dispensateur de soins habilité à porter des prestations en compte à l'assurance obligatoire soins de santé et, à ce titre, astreint à une obligation impérative de respect de la réglementation. La Chambre de première instance constate en effet que Monsieur A. n'a pas délivré les prestations d'orthopédie aux bénéficiaires, avec la circonstance aggravante que les fausses attestations de fournitures correspondantes ont été accréditées par l'établissement de fausses prescriptions médicales ;
- l'ampleur des prestations litigieuses ;
- le volume des sommes portées en compte de l'assurance soins de santé ;
- l'absence de remboursement de l'indu.

**En conclusion**, la Chambre de première instance décide d'infliger à Monsieur A. une amende administrative de 250 € (article 101 du CPS).

Les infractions ayant été commises avant le 1<sup>er</sup> janvier 2012, ces montants doivent être majorés de quarante-cinq décimes additionnels (article 102 du CPS et article 1<sup>er</sup> de la loi du 5 mars 1952 relative aux décimes additionnels sur les amendes pénales, modifié par l'article 36 de la loi du 7 février 2003 portant diverses dispositions en matière de sécurité routière - M.B. du 25 février

2003 et avant sa modification par l'article 2 de la loi du 28 décembre 2011 portant des dispositions diverses en matière de justice (II) - M.B. du 30 décembre 2011, Ed. 4, p. 81669).

Une amende majorée de quarante-cinq décimes additionnels correspond à une amende multipliée par le facteur 5,5 (chaque dixième de l'amende est en effet multiplié par 45 et ensuite ajouté au montant de l'amende).

L'amende s'élève dès lors à un montant total de 1.375 € (250 € x 5,5).

## 6.

Les sommes dont Monsieur A. et la SCS B. sont redevables produisent de plein droit des intérêts au taux d'intérêt légal en matière sociale, à partir du premier jour ouvrable suivant la notification de la décision de la Chambre de première instance, le cachet de la poste faisant foi (article 156, § 1<sup>er</sup>, alinéa 2 de la loi ASSI, modifié par l'article 4 de la loi du 29 mars 2012 portant des dispositions diverses (II) - M.B. du 30 mars 2012, Ed. 3, p. 20.558).

## 7.

En régime du tiers payant, les prestations de l'assurance soins de santé payées indûment sont remboursées par le dispensateur de soins qui ne s'est pas conformé aux dispositions légales ou réglementaires. Lorsque les prestations ont été perçues, pour son propre compte, par une personne physique ou morale, celle-ci est solidairement tenue au remboursement avec le dispensateur de soins (article 164, alinéa 2 de la loi ASSI).

La SCS B. sera dès lors condamnée solidairement avec Monsieur A. au paiement de la somme de 480.590,11 €.

## 8.

Les sommes produisent de plein droit des intérêts au taux légal en matière sociale, tel que prévu par l'article 2, §3 de la loi du 5 mai 1865 relative au prêt à intérêt, soit au taux de 7 % l'an, à partir du premier jour ouvrable qui suit la notification de la décision de la Chambre de première instance, le cachet de la poste faisant foi (art. 156, §1<sup>er</sup>, alinéa 2 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994).

Par ailleurs, pour toute créance de somme, par opposition à une créance de valeur, les dommages et intérêts résultant du retard dans l'exécution consistent dans les intérêts légaux - à entendre comme étant les intérêts au taux légal - sauf les exceptions établies par la loi (article 1153, alinéa 1 du Code civil).

Ces dommages et intérêts, qui sont dus sans que le créancier ne soit tenu de justifier un dommage, selon l'article 1153, alinéa 2 du Code civil, sont des intérêts moratoires.

Les intérêts moratoires nécessitent, excepté dans le cas où la loi les fait courir de plein droit, une sommation de payer, en application de l'article 1153, alinéa 3, du Code civil.

Une sommation de payer réside dans l'invitation qui est faite à un débiteur de payer une somme d'argent.

Une demande en justice vaut également sommation de payer et fait courir les intérêts moratoires (Cass., 17 novembre 1986, J.T.T., 1987, p. 84; Cass., 24 octobre 1991, Pas., 1992, p. 150), lesquels sont alors qualifiés d'intérêts judiciaires (C. trav. Mons, 24 janvier 2001, <http://jure.juridat.justfgov.be>).

Le taux des intérêts moratoires est le même que celui des intérêts légaux (Cass, 16 février 1987, Pas., 1987, I, p. 716).

Le juge n'a donc pas le pouvoir de fixer souverainement le taux de ces intérêts.

Les sommes dont Monsieur A. et la SCS B. sont redevables solidairement produiront dès lors des intérêts au taux légal en matière sociale, à partir du 31 mai 2013, date du dépôt de la requête introductive d'instance.

L'amende administrative produira par contre des intérêts au taux légal en matière sociale à partir du premier jour ouvrable suivant la notification de la décision, le cachet de la poste faisant foi.

## **9.**

Les décisions de la Chambre de première instance sont exécutoires de plein droit par provision, nonobstant tout recours (article 156, § 1<sup>er</sup> de la loi ASSI).

Si le débiteur fait défaut, l'Administration de la taxe sur la valeur ajoutée, de l'enregistrement et des domaines peut être chargée de la récupération des montants dus (article 156, § 1<sup>er</sup>, alinéa 3 de la loi ASSI).

## **PAR CES MOTIFS,**

### **LA CHAMBRE DE PREMIERE INSTANCE,**

#### **Statuant après un débat contradictoire,**

Déclare la demande du SECM recevable et fondée dans la mesure déterminée ci-après.

Dit pour droit que les éléments matériels constitutifs du grief formulé à l'encontre de Monsieur A. sont établis pour tous les cas cités dans la note de synthèse du SECM (grief n° 1 et subsidiairement grief n° 2).

Par conséquent, condamne solidairement Monsieur A. et la SCS B., au remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé, soit la somme de 480.590,11 €, à majorer des intérêts au taux légal en matière sociale à partir du 31 mai 2013.

Condamne Monsieur A. au paiement d'une amende administrative de 250 € multipliée par les décimes additionnels (x 5,5), soit la somme de 1.375 €, à majorer des intérêts au taux légal en matière sociale à partir du premier jour ouvrable suivant la notification de la décision, le cachet de la poste faisant foi.

Dit que la présente décision est exécutoire de plein droit par provision nonobstant tout recours.

La présente décision est prise par la Chambre de première instance, composée de Monsieur Pascal HUBAIN, président suppléant, du Docteur Anne VERGISON, du Docteur Philippe MARNETH, de Monsieur Xavier BERTEELE et de Monsieur Luc THUER, membres, assistés de Madame Françoise DELROEUX, greffier.

Et prononcée à l'audience du 12 février 2015, par Monsieur Pascal HUBAIN, président suppléant, assisté de Madame Françoise DELROEUX, greffier.

Françoise DELROEUX  
Greffier

Pascal HUBAIN  
Président