

DECISION DE LA CHAMBRE DE RECOURS DU 25 FEVRIER 2016  
FB-007-13 - FB-008-13

**En CAUSE DE : Maître B.**, avocat, agissant en sa qualité d'administrateur provisoire de **Monsieur A.**, médecin,

**ET**

**Maître B.**, avocat, agissant en sa qualité d'administrateur provisoire de **la SPRL Docteur C.**,

**Parties appelantes,**

**Comparaissant par Maître D.**,

**CONTRE :**

**L'INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE (INAMI),  
SERVICE D'EVALUATION ET DE CONTROLE MEDICAUX,** établissement public, dont le siège est établi avenue de Tervueren, 211 à 1150 Bruxelles ;

**Partie intimée,**

**Représentée par** le Docteur E., médecin – inspecteur directeur et Mesdames F. et G. , attachées.

**AINSI QUE  
FB-008-13**

**En cause de : Maître B.**, agissant en sa qualité d'administrateur provisoire de **Monsieur A.**, médecin,

**ET**

**Maître B.**, avocat, agissant en sa qualité d'administrateur provisoire de **la SPRL Docteur C.**,

**Parties appelantes,**

**Comparaissant par Maître D.**

**CONTRE :**

**L'INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE (INAMI),  
SERVICE D'EVALUATION ET DE CONTROLE MEDICAUX**, établissement public, dont le siège est établi avenue de Tervueren, 211 à 1150 Bruxelles ;

**Partie intimée,**

**Représentée par** le Docteur E., médecin – inspecteur directeur et Mesdames F. et G., attachées.

### **I. La recevabilité**

Les décisions de la Chambre de Première instance ayant été notifiées le 5 juin 2013, les recours, reçus au greffe le 18 juin 2013, réguliers en la forme, sont recevables.

### **II. Les faits et la procédure**

Monsieur A., médecin généraliste, exerce depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2010 son activité dans le cadre de la SPRL C. dont il est le gérant. Monsieur A. effectue des visites à domicile et des consultations en son cabinet.

Pour l'année 2010, l'attention du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI fut attirée par le très grand nombre de visites domiciliaires, dont 95 % dans le cadre du tiers payant. Toutes les visites de nuit, des week-ends et des jours fériés furent toutes comptabilisées en tiers payant. Une enquête fut initiée.

#### **A) En ce qui concerne le dossier portant le numéro de rôle FB-007-13.**

Le Service a procédé à l'audition de 10 assurés et le Docteur A. fut auditionné à deux reprises.

Lors de l'enquête conduite par le Service d'évaluation et de contrôle médicaux, 332 attestations de soins et 66 vignettes au nom de 7 personnes furent saisies chez Monsieur A. le 28 janvier 2011. Le 4 mars 2011, 86 de ces attestations ont été rendues au prestataire de soins. Deux cent quarante-six de ces attestations ne portaient pas de vignette.

Le 7 mars 2011 un procès-verbal de constat d'infractions a été notifié au Docteur A..

Par une ordonnance du ..., le juge de Paix du canton de ... désignait en qualité d'administrateur provisoire de Monsieur A. Maître B., avocat. Cette décision fut publiée au Moniteur belge le ....

Il est reproché aux parties appelantes :

1. d'avoir, entre le 8 août 2009 et le 24 mars 2010, rédigé 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, ce qui constitue une infraction mentionnée à l'article 73bis de la loi coordonnée.

Dans les faits, il est reproché au Docteur A. d'avoir rédigé des attestations de soins donnés pour des consultations ou des visites non effectuées et d'avoir envoyé ces attestations aux organismes assureurs sur le mode du tiers payant pendant la période du 3 septembre 2009 au 30 juin 2010.

Ce grief concerne 1.384 prestations pour 173 assurés et l'indu est de 34.683,84 €.

2. d'avoir, entre le 1<sup>er</sup> janvier 2010 et le 28 janvier 2011, rédigé 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, ce qui constitue une infraction mentionnée à l'article 73bis de la loi coordonnée.

Dans les faits, il est reproché au Docteur A. d'avoir rédigé des attestations de soins donnés pour des consultations ou des visites non effectuées. Ces attestations de soins donnés, destinées à être rentrées aux mutuelles, ne leurs fut pas adressées.

Ce grief concerne 239 prestations pour 229 assurés pour un montant de 5.962,68 €. L'indu est inexistant dès lors que ces attestations ne furent pas adressées en remboursement aux mutuelles.

Par sa décision du 4 juin 2013, le Chambre de 1<sup>ère</sup> instance, après avoir considéré que les griefs étaient établis :

- condamne le Docteur A. à rembourser la somme de 16.627,87 € correspondant aux prestations ayant été indûment portées en compte à l'assurance soins de santé et indemnités durant la période s'étendant du 30 septembre 2009 au 20 janvier 2010, perçues en son nom propre,

- condamne solidairement le Docteur A. et la SPRL C. à rembourser la somme de 18.055,87 € correspondant aux prestations ayant été indûment portées en compte de l'assurance soins de santé et indemnités pour la période s'étendant du 20 janvier 2010 au 30 juin 2010, perçues par la SPRL C.,

- condamne le Docteur A. à une amende administrative de 250 € multipliée par les décimes additionnels (5,5) soit une amende de 1.375,00 €,

- dit que les sommes dont le Docteur A. est redevable produisent des intérêts au taux légal à partir du 1<sup>er</sup> jour ouvrable suivant la notification de la décision, le cachet postal faisant foi.

Appel fut formé contre cette décision.

Par sa décision du ..., la Chambre de recours, a confirmé la décision entreprise en toutes ses dispositions sauf celle concernant l'amende administrative, celle-ci étant fixée à 200,00 € multiplié par 6, soit 1.200,00 € et assortie d'un sursis d'exécution pendant 3 ans pour la moitié de l'amende.

Requête en cassation fut introduite devant le Conseil d'Etat le 10 juillet 2014. Par son arrêt du 4 mars 2015, le Conseil d'Etat casse la décision de la Chambre de recours rendue le ..., les griefs et les actes de procédure ayant été notifiés directement aux parties appelantes alors que le Docteur A. était sous administration provisoire. Le Conseil d'Etat renvoie la présente cause à la Chambre de recours autrement composée.

## **B) En ce qui concerne le dossier portant le numéro de rôle FB-008-13.**

Il est reproché aux parties appelantes d'avoir, entre le 8 décembre 2009 et le 28 octobre 2011, rédigé 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, ce qui constitue une infraction mentionnée à l'article 73bis de la loi coordonnée.

Dans les faits, il est reproché au Docteur A. d'avoir rédigé des attestations de soins donnés pour des consultations ou des visites non effectuées et d'avoir envoyé ces attestations aux organismes assureurs sur le mode du tiers payant pendant la période du 6 juillet 2010 au 4 novembre 2011.

Ce grief concerne 1.731 prestations pour 137 assurés et l'indu est de 45.410,02 €. Ces prestations concernent des patients qui ne pratiquent pas le tiers payant et qui introduisent eux-mêmes les attestations de soins donnés auprès de leur mutuelle et pour lesquels le Docteur A., à leur insu, a rentré des attestations de soins de santé aux mutuelles en leur nom sous le régime du tiers payant.

Sept auditions de patients représentant 21 assurés sociaux furent effectuées par les enquêteurs de l'INAMI en mars 2012.

Un procès-verbal de constat d'infraction fut adressé aux parties appelantes le 21 juin 2012.

Par sa décision du 4 juin 2013, la Chambre de 1<sup>ère</sup> instance, après avoir considéré que le grief était établi :

- condamne solidairement le Docteur A. et la SPRL C. à rembourser la somme de 45.410,02 € correspondant aux prestations ayant été indûment portées en compte de l'assurance soins de santé et indemnités pour la période s'étendant du 6 juillet 2010 au 4 novembre 2011 et perçues par la SPRL C.,

- condamne le Docteur A. à une amende administrative de 250 € multipliée par les décimes additionnels (5,5) soit une amende de 1.375,00 €,

- dit que les sommes dont le Docteur A. est redevable produisent des intérêts au taux légal à partir du 1<sup>er</sup> jour ouvrable suivant la notification de la décision, le cachet postal faisant foi.

Appel fut formé contre cette décision.

Par sa décision du ..., la Chambre de recours, a confirmé la décision entreprise en toutes ses dispositions sauf celle concernant l'amende administrative, celle-ci étant fixée à 200,00 € multipliée par 6, soit 1.200,00 € et assortie d'un sursis d'exécution pendant 3 ans pour la moitié de l'amende.

Requête en cassation fut introduite devant le Conseil d'Etat le 10 juillet 2014. Par son arrêt du 4 mars 2015, le Conseil d'Etat casse la décision de la Chambre de recours rendue le ..., les griefs et les actes de procédure ayant été notifiés directement aux parties appelantes alors que le Docteur A. était sous administration provisoire. Le Conseil d'Etat renvoie la présente cause à la Chambre de recours autrement composée.

La présente Chambre de recours, autrement composée, joint les deux dossiers portant les numéros de rôle ... et ... pour connexité. Ces dossiers concernent en effet une même personne, le Docteur A., pour des mêmes faits.

### **III. Les moyens des parties**

En appel, les parties appelantes font valoir pour les deux dossiers :

- que durant la période litigieuse et durant l'enquête le Docteur A. souffrait d'une maladie chronique le rendant incapable, notamment, d'assurer la gestion administrative des soins qu'il prodiguait lui-même à ses patients,
- que privé de discernement, les infractions reprochées ne peuvent être imputées au Docteur A.,
- que vu son manque de discernement, les propos tenus par le Docteur A. lors de l'enquête et des audiences ne peuvent être retenus et doivent être écartés,
- que l'extrapolation utilisée pour établir les griefs est illégale et renverse la charge de la preuve,
- que les griefs ne sont pas établis, et les témoignages contestés,
- que vu l'état de santé du Docteur A., la plus grande indulgence s'impose quant à une sanction,
- que les appelants, vu l'état difficile de leurs finances, sollicitent des termes et délais.

L'INAMI fait valoir, en ce qui concerne le dossier FB-007-13 :

- que les auditions du Docteur A. se sont déroulées de manière objective,

- que les griefs sont établis au vu des déclarations des patients entendus,
- que le Docteur A. a abusé, illégalement, du système du tiers payant,
- que l'incapacité du Docteur A. ne fut pas dénoncée au Conseil de l'ordre des médecins et à l'INAMI, soit par Monsieur A. lui-même, soit par ses proches, soit par l'administrateur provisoire jusqu'à un recours en cassation,
- qu'il suffit que les éléments matériels constitutifs d'une infraction « réalité » ou « conformité » soient établis pour entraîner l'obligation d'une obligation de remboursement d'un indu,
- que les infractions ont été commises librement et consciemment par le Docteur A.,
- que durant l'enquête, le Docteur A. était apte et capable de répondre aux questions des enquêteurs,
- que l'extrapolation est justifiée dans le cas d'espèce,
- que la sanction infligée par la décision cassée est minimale,
- qu'il appartient aux parties appelantes de justifier la demande de termes et délais.

L'INAMI fait valoir en ce qui concerne le dossier FB-008-13 :

- que les auditions des patients se sont déroulées de manière objective en respectant les dispositions légales,
- que les 7 témoignages sont formels, clairs et précis tant en ce qui concerne le système de remboursement des prestations qu'en ce qui concerne le nombre de visites ou de consultations,
- que le Docteur A. a abusé, illégalement, du système du tiers payant,
- que l'incapacité du Docteur A. ne fut pas dénoncée au Conseil de l'ordre des médecins et à l'INAMI, soit par Monsieur A. lui-même, soit par ses proches, soit par l'administrateur provisoire jusqu'à un recours en cassation,
- qu'il suffit que les éléments matériels constitutifs d'une infraction « réalité » ou « conformité » soient établis pour entraîner l'obligation d'une obligation de remboursement d'un indu,
- que les infractions ont été commises librement et consciemment par le Docteur A.,
- que durant l'enquête, le Docteur A. était apte et capable de répondre aux questions des enquêteurs,
- que l'extrapolation est justifiée dans le cas d'espèce,

- que la sanction infligée par la décision cassée est minime,
- qu'il appartient aux parties appelantes de justifier la demande de termes et délais.

#### **IV. Discussion**

##### **A) en ce qui concerne le dossier portant le numéro de rôle FB-007-13.**

###### L'état d'incapacité du Docteur A.

Il n'est pas contesté et il est établi au vu des documents déposés que depuis 2009, le Docteur souffre d'une maladie chronique, à savoir l'alcoolisme.

Lors de l'enquête, le Docteur A. fut une première fois entendu le 28 janvier 2011. Il ne résulte pas de ce procès-verbal d'audition que le Docteur A. se trouvait dans l'incapacité, soit mentale ou physique, de répondre aux questions des enquêteurs. Il a en effet expliqué la raison de l'existence des attestations et vignettes saisies et a affirmé avoir réalisé tout ce qu'il avait attesté. Il n'apparaît nullement de cette audition que les enquêteurs ont relevé que le Docteur A. n'était pas capable de les recevoir et de répondre aux questions. Les déclarations du Docteur A. effectuées lors de cette audition sont cohérentes et démontrent que le Docteur A. a parfaitement saisi la portée et l'importance des questions posées.

La deuxième audition du 4 mars 2011 fut abrégée, vu que le Docteur A. ne se sentait pas en état de recevoir les enquêteurs. Les déclarations du Docteur A. effectuées lors de cette audition ne seront pas retenues. La présente Chambre relève que cette audition n'apporte aucun élément nouveau au dossier du reste.

La Chambre relève que dans le cadre du dossier FB-007-13, 10 auditions concernant 34 assurés sociaux furent menées en janvier 2011 et que dans le cadre du dossier FB-008-13, 7 auditions concernant 21 assurés furent menées en mars 2012. Il résulte de l'audition des patients que ceux-ci ont consulté le Docteur A. jusqu'au cours de l'année 2011. Aucun des patients entendus n'a signalé que le Docteur A. lors des visites ou consultations ne semblait pas en état d'exercer sa pratique médicale et aucun des patients entendus ne s'est plaint des soins donnés par le Docteur A..

Il résulte de ces considérations que l'attestation délivrée le 1<sup>er</sup> juillet 2014 par la sœur du Docteur A. n'est guère crédible en ce qu'elle affirme que durant la période 2009-2012 son frère était en crise permanente d'alcoolisme aiguë, un tel état ne lui aurait pas permis de continuer l'exercice de sa profession. De même, l'attestation délivrée par le médecin traitant du Docteur A. le 1<sup>er</sup> juillet 2014 n'est guère crédible en ce qu'elle certifie que son patient était incapable de répondre à des questions pour raison de santé de septembre 2009 à novembre 2011, dès lors qu'au cours de cette période le Docteur A. s'est rendu régulièrement, en voiture, chez de nombreux patients et a répondu, à la satisfaction de ceux-ci à leurs questions et demandes.

Il résulte de ces considérations, que si le Docteur A. souffrait d'une maladie chronique, à savoir l'alcoolisme, et que si à certains moments, en raison de cette maladie, il était incapable d'avoir une conscience claire de ses faits et gestes et ne pouvait exercer son activité, son état de santé ne le rendait pas en général incapable d'exercer son activité et d'avoir une conscience éclairée de ses agissements. Il est donc établi que le Docteur A. était tout-à-fait apte et capable, en général, d'assumer la gestion administrative des soins qu'il prodiguait, comme de répondre aux questions des enquêteurs.

La Chambre de recours considère dès lors que le Docteur A. savait qu'il ne pouvait établir des attestations de soins donnés lorsque ces soins n'avaient pas été effectués et savait qu'il ne pouvait adresser aux mutuelles en remboursement des attestations pour des soins non donnés. La présente Chambre considère que c'est librement et consciemment, en toute connaissance de cause que le Docteur A. a rédigé les attestations de soins contestées et a adressé les attestations de soins contestées aux mutuelles.

L'état de santé du Docteur A. n'a dès lors eu aucune incidence sur la régularité de la procédure dans le cadre de l'enquête et n'a dès lors aucune incidence sur l'imputabilité des griefs qui lui sont reprochés.

### Les griefs

1. Il appartient à l'INAMI d'établir la réalité des griefs vantés.

Dans le cadre de ce dossier il est reproché au Docteur A., notamment, d'avoir rédigé et adressé à la mutuelle, dans le cadre du tiers payant, des attestations de soins donnés dépourvues de vignettes :

- soit pour des patients pratiquant, parfois à leur insu, le tiers payant, alors que le Docteur A. pour chaque consultation ou visite appliquait une vignette sur les attestations de soins en présence des patients,
- soit pour des patients ne pratiquant pas le tiers payant et sollicitant eux-mêmes le remboursement des prestations auprès de leur mutuelle.

Dans le cadre de l'enquête 10 auditions furent effectuées et 13 personnes furent entendues. En effet, au cours de trois auditions, deux personnes furent entendues. Ces témoins représentent 34 assurés sociaux.

Cinq de ces personnes entendues affirment que lors de visites ou de consultations, ils remettaient au Docteur A. au moins une vignette mutuelle et ces cinq personnes expliquent que le Docteur A., en leur présence, collait une vignette sur l'attestation de soins donnés.

Cinq de ces personnes entendues affirment régler directement au Docteur A. les visites et les consultations et ne pas bénéficier du tiers payant.

L'INAMI en conclut que selon les déclarations des patients les attestations de soins données, rendues par le Docteur A. aux mutuelles selon le système du tiers

payant, et sur lesquelles une vignette n'était pas collée correspondent nécessairement à des prestations non effectuées.

La présente Chambre considère que les déclarations des personnes entendues sont claires, formelles et précises.

2. Les parties appelantes font valoir que l'INAMI a procédé par extrapolation, tous les patients n'ayant pas été entendus, et que des 10 auditions effectuées, on ne peut déduire une pratique généralisée pour tous les patients. Cette extrapolation est non fondée et implique un renversement général de la charge de la preuve.

La présente Chambre relève que les auditions effectuées représentent 34 assurés sociaux alors que le 1<sup>er</sup> grief concerne 173 assurés sociaux. Les auditions concernent donc à peu près 1/5<sup>ème</sup> des assurés sociaux.

La présente chambre relève aussi qu'à partir de 2009, le nombre de prestations du Docteur A. a singulièrement augmenté de manière très importante, passant de 3.534 en 2008 à 7.219 en 2009 et à 2.583 pour le 1<sup>er</sup> trimestre de 2010.

Aucune explication n'est donnée quant à cette majoration importante des activités du Docteur A. alors que la santé de celui-ci, à partir de l'année 2009, était devenue déficiente suite à sa maladie chronique, ce qui aurait dû conduire à une diminution de ses activités.

La présente Chambre relève aussi que plusieurs personnes entendues affirment que le nombre d'attestations établies à leurs noms est supérieur au nombre de visites et/ou de consultations effectuées.

La présente Chambre relève encore que le Docteur A. pratiquait le système du tiers payant pour la majorité de sa patientèle, ce qui ne se justifiait nullement au vu de la situation sociale ou financière d'une large part de celle-ci, ce qui rend la fraude plus aisée.

La preuve basée sur l'extrapolation est une application de la preuve par présomption de l'homme en vertu de laquelle le juge tire des conséquences de faits connus à des faits inconnus (art. 1349 du Code civil). L'extrapolation comme mode de preuve n'est pas illégal, pour autant qu'elle conduise à des présomptions graves, précises et concordantes quant aux faits à établir.

En l'espèce, vu les auditions formelles et explicites des patients entendus représentant 1/5<sup>ème</sup> des assurés sociaux quant à la pratique du Docteur A., vu l'importante majoration inexplicquée des activités du Docteur A. au cours de la période litigieuse où son état de santé déficient aurait dû le conduire à une diminution de ses activités, vu l'utilisation abusive et illégale du tiers payant pour une large part de ses patients sans souci financier, vu le nombre de visites et de consultations contestées par plusieurs personnes entendues, vu le fait que régulièrement le Docteur A. lors d'une visite ou d'une consultation sollicitait sans explications, deux vignettes alors qu'une seule était nécessaire, vu que si on déduit de son activité les prestations retenues à grief, ont atteint pour l'année 2009 à peu près le même nombre de prestations que pour l'année 2008, la présente Chambre

considère qu'il existe à suffisance des présomptions graves précises et concordantes établissant les griefs.

La décision dont appel doit être confirmée quant à ce.

#### La récupération de l'indu

La présente Chambre a déjà précisé que c'est consciemment et librement que le Docteur A. a rédigé et adressé les attestations contestées aux mutuelles. Le dispensateur de soins qui a porté en compte à l'assurance soins de santé des prestations non effectuées, sur base de l'article 73*bis* de la loi du 14 juillet 1994 est tenu au remboursement de la valeur des prestations concernées, conformément à l'article 142, § 1<sup>er</sup>, 1° et 2° de cette même loi. S'agissant d'un délit matériel constitutif d'une infraction « réalité », aucun élément moral n'est requis pour entraîner le remboursement de l'indu. En outre, dans le cas d'espèce, aucune cause de justification ou d'excuse ne peut être retenue, la présente Chambre considérant qu'en agissant comme il l'a fait le Docteur A. avait la ferme intention d'obtenir le remboursement par les mutuelles de prestations non effectuées.

L'indu, tel qu'établi par l'INAMI doit être remboursé.

#### La sanction administrative

Plusieurs lois s'étant succédées tant au cours de la période litigieuse que postérieurement, il convient d'appliquer la législation comportant la peine la moins forte en vertu de l'article 2 du Code pénal. En l'espèce, la sanction la moins forte est celle prévue par le Code pénal social, soit la sanction de niveau 2 constituée d'une amende administrative de 25 à 250 €, à majorer des décimes additionnels.

Le nombre d'attestations adressées aux mutuelles pour des prestations non effectuées est important et le système frauduleux, régulièrement utilisé, a duré une période relativement longue. Le montant de l'indu est important et aucun remboursement ne fut effectué. La présente Chambre prendra aussi en considération qu'en raison de sa maladie, la situation financière du Docteur A., comme cela est attesté par les documents produits, était délicate et que le Docteur A. a entrepris de se soigner et de remédier tant à sa santé financière qu'à sa santé physique en prenant les moyens adéquats. La présente Chambre relève aussi l'absence d'antécédent. Au vu de ces éléments, la présente Chambre estime qu'il convient de condamner le Docteur A. à une amende administrative de 200,00 € multipliée par 6, soit 1.200,00 €, assortie d'un sursis d'exécution de trois ans pour la moitié de l'amende.

#### **B) En ce qui concerne le litige portant le numéro de rôle FB-008-13.**

Le grief consiste à avoir rédigé et introduit auprès des mutuelles, des attestations de soins donnés selon le régime du tiers payant pour des patients ne pratiquant pas le tiers payant et sollicitant eux-mêmes le remboursement des prestations payées au Docteur A. auprès de leur mutuelle.

La présente Chambre relève que dans le cadre de l'instruction de ce dossier, le Docteur A. ne fut pas entendu et qu'il ne fut pas, apparemment, invité à faire valoir ses remarques et arguments.

La présente Chambre relève aussi que le procès-verbal de constat de l'infraction fut adressé directement le 21 juin 2012 au Docteur A. et à la SPRL C. alors que Docteur A. était sous administration provisoire en vertu d'une décision du juge de Paix publiée au Moniteur belge.

Il convient dès lors pour les parties de s'expliquer sur la validité du constat d'infraction notifié à une personne sous administration provisoire et sur les conséquences à en tirer quant à la suite de la procédure.

**Par ces motifs,**

La Chambre de recours instituée auprès du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI,

Composée de Monsieur Damien KREIT Président, et des Docteurs Sophie CARLIER et Marie-Anne RAIMONDI représentants des organismes assureurs, et des Docteurs Paul DE MUNCK et Vincent LAMY représentants des organisations représentatives du corps médical assistée de Madame Caroline METENS greffier,

Après en avoir délibéré et statuant contradictoirement,

Mesdames S. CARLIER et M.-A. RAIMONDI et Messieurs P. DE MUNCK et V. LAMY ayant rendu leur avis sans prendre part à la décision,

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

Reçoit les appels,

Les déclare fondés en ce que les procédures menées devant la Chambre de 1<sup>ère</sup> instance sont irrégulières, le Docteur A. et la SPRL C. ayant été convoqués personnellement devant cette instance et s'étant défendus personnellement devant cette instance alors que le Docteur A. était sous administration provisoire.

**a)** En ce qui concerne le dossier portant le numéro de rôle R.G. FB-007-13,

- déclare les griefs établis :

- condamne la partie appelante, en sa qualité d'administrateur provisoire de Monsieur A., à rembourser la somme de 16.627,87 € correspondant aux prestations ayant été indûment portées en compte à l'assurance soins de santé et indemnités durant la période s'étendant du 30 septembre 2009 au 20 janvier 2010, au nom de Monsieur A.,

- condamne la partie appelante, en sa qualité d'administrateur provisoire du Docteur A. et de la SPRL C., à rembourser la somme de 18.055,87 € correspondant aux prestations ayant été indûment portées en compte de l'assurance soins de santé et indemnités pour la période s'étendant du 20 janvier 2010 au 30 juin 2010 perçues par la SPRL C.,

- condamne le Docteur A. à une amende administrative de 200 € multipliée par les décimes additionnels (x 6) soit une amende de 1.200,00 €,

- dit que les parties appelantes sont autorisées à se libérer des sommes dues par des versements mensuels de 1.500,00 € à partir du 1<sup>er</sup> avril 2016, étant entendu qu'en l'absence d'un versement à son échéance, la totalité du solde de la dette pourra être récupérée sans mise en demeure préalable,

- dit que les sommes dont les parties appelantes sont redevables produisent des intérêts au taux légal à partir du 1<sup>er</sup> jour ouvrable suivant la notification de la décision et selon leur exigibilité.

**b)** En ce qui concerne le dossier portant le numéro de rôle R.G. FB-008-13, invite les parties à s'expliquer et à conclure sur la validité du constat d'infraction notifié le 21 juin 2012 à une personne sous administration provisoire et sur les conséquences à en tirer quant à la suite de la procédure.

Renvoi l'affaire au rôle dans l'attente de la fixation à intervenir à la demande de la partie la plus diligente.

Ainsi prononcé anticipativement en langue française et en audience publique de la Chambre de recours le 25 janvier 2016, à BRUXELLES, par Monsieur KREIT D., Président, assisté de Madame METENS C. Greffier.

Caroline METENS  
Greffier

Damien KREIT  
Président