

**DECISION DE LA CHAMBRE DE RECOURS DU 10 NOVEMBRE 2011 - FB-025-04**

**Monsieur A.**  
**Pharmacien**

Ayant pour conseil Maître B., avocat.

Appelant ;

**Le Service d'évaluation et de contrôle médicaux ( SECM ) de l'Institut national d'Assurance Maladie Invalidité ( INAMI )** dont les bureaux sont situés avenue de Tervuren 211 à 1150 Bruxelles ;

Intimé ;

Représenté par le Docteur C., médecin – inspecteur – directeur et Madame D., attachée.

1. La chambre restreinte a pris la décision attaquée le 5 mars 2003 ; l'appel du 26 mars suivant est recevable.
2. Faits et griefs.

**1° Grief**

Mise en compte de prescriptions exécutées en l'absence du pharmacien.

**ENONCE DU GRIEF :**

Etant pharmacien titulaire, avoir fait porter en compte à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, par l'intermédiaire de l'office de tarification E., des spécialités pharmaceutiques, préparations magistrales et produits assimilés, alors que ces médicaments ont été fournis en l'absence de toute personne habilitée légalement à cet effet, c'est-à-dire, en l'absence de pharmacien.

**BASE REGLEMENTAIRE :**

La loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, dispose en son article 127, § 1<sup>er</sup> :

*« les bénéficiaires s'adressent librement, pour obtenir les prestations visées à l'article 34 :*

- a) à toute personne autorisée légalement à exercer l'une des branches de l'art de guérir ; (...)* »

en son article 34, elle dispose :

*« les prestations de santé (...) comprennent :*

*5° la fourniture de médicaments, comportant :*

- A) *les préparations magistrales ;*
- B) *les spécialités pharmaceutiques dont le principe actif est protégé (...) par un brevet (...);*
- C) *les spécialités pharmaceutiques dont le principe actif n'est pas ou n'est plus protégé (...) par un brevet (...).*

L'arrêté royal du 2 septembre 1980, fixant les conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité intervient dans le coût des spécialités pharmaceutiques et produits assimilés dispose en son article 2 :

*« (...) les spécialités pharmaceutiques et produits figurant dans ces listes sont remboursables s'ils sont prescrits et fournis par des personnes habilitées légalement à cet effet (...) ».*

L'arrêté royal du 17 mars 1997 fixant les conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des préparations magistrales et produits assimilés dispose en son article 2 :

*« (...) Les préparations doivent, en outre, être prescrites et exécutées par des prestataires de soins (...) ».*

Par personne autorisée légalement à exercer l'une des branches de l'art de guérir, il faut comprendre une personne qui satisfait aux exigences des arrêtés organisant sa profession : inscription au tableau de l'ordre, visa de la commission provinciale, donc toutes conditions qui ont trait à la compétence.

Pour ce qui est de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, cette personne devra posséder en outre un numéro d'identification par lequel elle s'est fait connaître du service des soins de santé de l'INAMI, en tant que personne légalement autorisée à exercer son art, et donc ici, en tant que pharmacien.

Le grief concerne 120 prescriptions, 82 bénéficiaires différents et représente un indu de 3.631,19 €.

## **2° Grief**

Substitution d'une spécialité pharmaceutique prescrite par une autre qui ne l'est pas.

### **ENONCE DU GRIEF :**

Etant pharmacien titulaire, avoir fait porter en compte à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités par l'intermédiaire de l'office de tarification E., une spécialité pharmaceutique non prescrite en la substituant à celle qui était réellement prescrite par le médecin-prescripteur.

### **BASE REGLEMENTAIRE :**

L'arrêté royal du 2 septembre 1980, fixant les conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité intervient dans le coût des spécialités pharmaceutiques et produits assimilés dispose en son article 2 :

*« les spécialités pharmaceutiques et produits figurant dans ces listes sont remboursables s'ils sont prescrits et fournis par des personnes habilitées légalement à cet effet et s'ils sont destinés à des bénéficiaires hospitalisés ou non (...) ».*

Ce grief concerne 2 prescriptions, 2 bénéficiaires et représente un indu de 17,48 € dont 9,27 € n'ont pas été comptabilisés dans le 1<sup>er</sup> grief.

### 3° Grief

Conformité administrative des prescriptions.

#### ENONCE DU GRIEF :

Etant pharmacien titulaire, avoir fait porter en compte à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités par l'intermédiaire de l'office de tarification E., des prescriptions de médicaments non conformes ou incomplètement remplies.

#### BASE REGLEMENTAIRE :

La loi coordonnée le 14 juillet 1994 relative à l'assurance soins de santé et indemnités dispose en son article 73, 5<sup>ème</sup> alinéa :

*« les prescripteurs de prestations visées à l'article 34, 5°, à l'égard de bénéficiaires non hospitalisés, sont tenus d'utiliser les documents de prescription dont le modèle est fixé par le Roi et sur lesquels le numéro d'identification du prescripteur à l'institut est imprimé en code-barres ».*

L'article 34 de la loi coordonnée dispose :

*« les prestations de santé portent tant sur les soins préventifs que sur les soins curatifs. Elles comprennent : (...) 5° la fourniture de médicaments, comportant :*

- a) les préparations magistrales ;*
- b) les spécialités pharmaceutiques dont le principe actif est protégé en Belgique par un brevet ou un certificat complémentaire de protection du brevet. Celles-ci se distinguent en deux groupes :*
  - 1) les spécialités de marque hors brevet ;*
  - 2) les spécialités génériques ».*

L'arrêté royal du 8 juin 1994 détermine le modèle de document de prescription de fournitures pharmaceutiques destinées à des bénéficiaires non hospitalisés, et précise dans son article 1<sup>er</sup>, §3 :

*« le prescripteur remplit complètement la prescription et dans la case prévue à cet effet, il appose son cachet comportant de façon lisible ses nom, prénom et adresse ; le pharmacien appose dans la case prévue la date de délivrance et son cachet au verso de la prescription. »*

Ce grief concerne 14 prescriptions, 10 bénéficiaires différents, et représente un indu de 364,08 € dont 215,30 € n'ont pas été comptabilisés dans le 1<sup>er</sup> grief. L'indu total s'élève à 3.855,76 €

3. La décision de la chambre restreinte est motivée comme suit :

La chambre restreinte a constaté que les griefs se rapportent aux prestations de délivrance pharmaceutique portées en compte à l'assurance, via l'office de tarification E. agréé sous le numéro ..., sous les références du pharmacien A., titulaire attitré de la pharmacie du F. C'est en effet sur base de son numéro d'inscription à l'INAMI, en tant que pharmacien-titulaire (n°...) et sur base de l'acte d'adhésion à l'office de tarification précité, daté et signé par lui le 2 janvier 1997, que les prestations de délivrance pharmaceutique ont été portées en compte.

Le fait que Monsieur A. ait revendu ses parts de la société G. ne lui ôte en rien sa responsabilité.

Il lui revenait d'avertir son office de tarification de ce qu'il cessait ses fonctions de pharmacien.

Son acte d'adhésion n'a pris fin qu'à cette date et c'est donc Monsieur A. qui reste pharmacien-titulaire pour la période antérieure.

En conséquence, il est responsable des manquements commis pendant cette période.

Or, les auditions de Monsieur A., datées des 13 septembre 2000 et 10 janvier 2001 ainsi que les auditions de témoins dont Madame H. du 11 octobre 2000 et Madame I., du 13 octobre 2000, ont mis en évidence l'absence complète de Monsieur A. les 7, 21, 22, 23 et 24 août 2000.

La chambre restreinte a donc constaté que le premier grief est établi.

Quant aux autres griefs, les pièces du dossier établissent à suffisance que les dispositions réglementaires ou légales de l'assurance soins de santé et indemnités n'ont pas été respectées.

En conséquence, la chambre restreinte a déclaré les 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> griefs établis.

La chambre restreinte du comité du service du contrôle médical, après en avoir délibéré, a décidé :

1. que les griefs sont établis ;
2. qu'il y a lieu d'interdire aux organismes assureurs d'intervenir dans le coût des spécialités pharmaceutiques, préparations magistrales et produits assimilés portés en compte à l'avenir par le pharmacien A. pendant une période de 15 jours ;
3. que les sommes indûment perçues à charge de l'assurance obligatoire soins de santé s'élèvent à 3.855,76 € ;
4. de condamner Monsieur A. au remboursement de cette somme pour le 1<sup>er</sup> du mois qui suit le 3<sup>ème</sup> mois au cours duquel la présente décision est devenue définitive.

L'appelant demande la réformation de la décision de la chambre restreinte tandis que l'intimé postule, outre la confirmation de la décision de la chambre, la condamnation de l'appelant à payer une amende administrative, laissée à l'appréciation de la juridiction, pouvant aller de 1% à 150 % de la valeur des prestations attestées.

5.

Pour s'opposer à la décision attaquée, l'appelant soutient que les faits qui lui sont reprochés ne lui sont pas imputables et qu'en tout état de cause, il ne peut rembourser une somme qu'il n'a pas perçue.

En vertu de l'arrêté royal du 12 août 1970 en vigueur à l'époque, déterminant les critères d'agrément des offices de tarification, l'appelant devait adhérer à un office de tarification (article 4) à charge pour celui-ci de tenir un compte individuel (article 6, 3°) et de recevoir le paiement des états mensuels et répartir régulièrement au moins une fois par mois et le 15 au plus tard, les sommes reçues avant le 25 du mois précédent, proportionnellement à l'importance du compte de chaque adhérent.

A défaut d'avoir averti l'office de tarification qu'il n'adhérait plus, l'appelant a mis les organismes assureurs dans l'impossibilité de modifier avant le 30 août 2000 ses données et de verser les fonds au titulaire de la pharmacie. Contrairement à ce que soutient l'appelant, les fonds ont bien été versés dans son patrimoine, à un compte dont il était titulaire à l'office de tarification, lequel n'était que le dépositaire des dits fonds.

Si cet organisme en a fait un mauvais usage, il appartient à l'appelant d'agir contre lui ; en tout état de cause, cette faute n'est pas opposable à l'intimé.

6.

Les amendes administratives n'ont été instaurées que postérieurement à la décision attaquée ; dès lors, la demande de condamnation à une amende administrative, formulée par l'intimé, n'est pas fondée (art. 1<sup>er</sup>, al. 2, du Code pénal).

**Par ces motifs,**

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

Composée de Monsieur LAURENT Philippe, Président, des Docteurs Sophie CARLIER et Maurice ANCKAERT, représentants des organismes assureurs, de Messieurs Philippe WERY et Pierre PHILIPPOT, représentants des organisations représentatives du corps pharmaceutique, assistée de Madame Anne-Marie SOMERS

Après en avoir délibéré et statuant contradictoirement,

Madame CARLIER et Monsieur ANCKAERT et Messieurs WERY et PHILIPPOT ayant rendu leur avis sans prendre part à la décision,

Ecartant comme non fondées toutes conclusions autres, plus amples ou contraires, La Chambre de recours confirme la décision attaquée et déboute l'intimé de sa demande.

Ainsi prononcé en langue française et en audience publique de la Chambre de recours le 10 novembre 2011, à BRUXELLES, par Monsieur LAURENT Philippe, Président, assisté de Madame METENS Caroline, Greffier.

Caroline METENS  
Greffier

Philippe LAURENT  
Président