

DECISION DE LA CHAMBRE DE RECOURS DU 10 JUILLET 2014**Numéro de rôle FB-013-07**

EN CAUSE DE : **Monsieur A.**
Médecin - médecin de médecine générale "gradué" + ECG à 100 %

Comparaissant en personne et assisté de ;

Maître B., avocat.

CONTRE : **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 ;

Représenté par le Docteur C., médecin-inspecteur-directeur, et par
Madame D., juriste.

I. Faits et rétroactes

1.

Le docteur A. est diplômé docteur en médecine de l'Université de Liège en date du 27 juin.

Il exerce en qualité de médecin généraliste en tant que travailleur indépendant et en tant que gérant de la société A.

Il collabore à la Résidence E. à ..., résidence communautaire hébergeant des handicapés adultes depuis l'année 2000 jusqu'au mois de septembre 2002.

2.

A la suite d'un contrôle de la Résidence E. et de l'enquête qui a suivi, le Service a libellé les griefs suivants à sa charge:

1/ avoir porté en compte à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités des prestations non effectuées,

2/ avoir rédigé (ou fait rédiger), signé (ou pas) des attestations de soins et avoir permis que soient portées en compte à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités des prestations 103515 non conformes en lieu et place de prestations 103530 et 103552 réalisées et moins valorisées, ce qui a entraîné des débours indus de la part de ladite assurance,

3/ avoir rédigé (ou fait rédiger), signé (ou pas) des attestations de soins et avoir permis que soient portées en compte des attestations de soins pour des prestations 104296

(associées à des prestations 103552) non conformes car ne répondant pas aux dispositions prévues au Chap. II, art. 2, F de la nomenclature des prestations de santé, ce qui a entraîné des débours indus pour l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités,

4/ avoir porté en compte à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités des documents administratifs rédigés d'une manière non conforme à la réglementation.

La somme indûment perçue pour ces faits fut établie à un montant total de 11 636,79 euros.

3.

Le docteur A. a reconnu la réalité du premier grief, celui-ci procédant d'une erreur informatique accidentelle.

Il a reconnu le deuxième grief, expliquant s'être rendu compte *proprio motu* que le code qu'il utilisait n'était pas le bon ; il a considéré devoir rembourser uniquement l'indu différentiel.

Il a contesté le troisième grief, considérant qu'il entrait bien dans les prévisions du code 104296 lorsqu'il effectuait des visites à la Résidence E. durant le week-end. Ces visites étaient en effet réalisées à la demande de patients requérant des soins urgents, et non comme certains éléments du dossier semblent l'indiquer, dans le cadre d'un tour de salle allégé et prévu à l'avance.

Il a contesté le quatrième grief, certifiant avoir signé lui-même les attestations de soins donnés même si ces dernières ont été rédigées par sa sœur à la suite de circonstances personnelles.

Par décision du 11 mai 2007, le Comité du Service d'évaluation et de contrôle médicaux a décidé que les griefs sont établis, a constaté que les procès-verbaux de constat datent de plus de trois ans et qu'en conséquence, aucune amende administrative ne peut plus être prononcée, a condamné le docteur A. à rembourser le solde restant dû de la valeur des prestations indûment versées par l'assurance soins de santé, soit 5265,57 euros (soit 10 265,57 euros – 5000 euros).

On lit dans les motifs de cette décision que « le quatrième grief peut être abandonné au regard des explications fournies par A. et de la contradiction contenue dans la note au Comité n° ... et que « le Comité considère que les premier, deuxième et troisième griefs sont donc fondés ».

Quant au troisième grief, le Comité motive sa décision comme suit : « toutes les informations réunies lors de l'enquête menée par le Service d'évaluation et de contrôle médicaux, indiquent clairement qu'il avait été instauré un système de visite systématique le week-end sous la forme d'un tour de salle « allégé », voire d'une consultation ordinaire, sans que la notion d'appel de week-end, au sens de la nomenclature, ne soit rencontrée ».

Cette décision a été notifiée le 27 juin 2007.

II. L'appel

1.

Par requête reçue le 13 juillet 2007, le docteur A. a interjeté appel contre cette décision.

L'appel a pour objet de contester la décision du Comité en ce qu'il déclare établi le troisième grief tenant à l'attestation de la prestation 104296, le solde restant dû devant être établi au montant de 1247,57 euros et non 5265,57 euros.

Dans la requête d'appel l'appelant développe les moyens suivants :

- contrairement à ce qu'affirme le Comité, certaines déclarations renseignent l'existence d'un service de garde amenant les praticiens à voir les patients pour lesquels il y avait une demande de l'infirmière ou sur place de la part des pensionnaires,
- il ne peut être inféré des pièces du dossier qu'il y avait des visites systématiques au bénéfice de certains patients sans demande pour eux ou de leur part,
- la nomenclature ne fait pas référence au tour de salle pour exclure les visites demandées, le contexte étant bien celui de visites le week-end et non de consultations ordinaires,
- la décision ne précise pas si elle fait référence à la notion d'appel ou d'appel de week-end au sens de la nomenclature, cette notion n'étant pas précisément spécifiée dans la nomenclature,
- la nomenclature ne soumet l'appel de week-end à aucune autre condition que celle d'être effectué à ce moment hors convenance personnelle du praticien ou exigence personnelle du patient, et notamment pas à la condition de l'urgence puisque la nomenclature s'exprime par l'alternative de l'appel de week-end ou de soins urgents nécessités par l'état du patient ; la nomenclature ne précise pas au surplus quelle forme doit revêtir l'appel de week-end ni qui doit émettre cet appel,
- c'est à tort qu'a été rejetée l'explication de l'appelant suivant laquelle l'urgence des soins ne peut être appréciée qu'*a posteriori*.

Dans des conclusions additionnelles et de synthèse reçues le 26 septembre 2013, l'appelant soulève en outre le défaut de compétence du Comité pour ordonner la récupération de sommes indues, puisqu'il n'était pas compétent pour prononcer une amende administrative, et l'absence de motivation suffisante et adéquate de la décision du Comité ; il postule l'annulation de sa décision, et à tout le moins sa réformation en disant le troisième grief non établi.

2.

Dans des conclusions additionnelles et de synthèse déposées le 20 décembre 2013, l'intimé conteste les moyens présentés par l'appelant, arguant que :

- le Comité était compétent pour ordonner la récupération d'une somme indue, cette récupération n'étant pas liée à l'imposition d'une amende,
- la motivation de la décision était suffisante et adéquate, résultant des déclarations de la direction et de tous les médecins du staff médical de la Résidence E.,
- le passage systématique du médecin de garde fût décidé de commun accord avec les médecins et la direction,
- il n'appartient pas au dispensateur de soins de faire prévaloir sa propre interprétation de la nomenclature.

III. Recevabilité

L'appel a été introduit dans les formes et délais requis.

Il est donc recevable.

IV. Fondement

Sur la compétence du Comité

L'article 141, § 5, alinéas 5 et 6 de la loi coordonnée sur l'assurance soins de santé et indemnités, applicable, énonce :

Après avoir pris connaissance du rapport des auditeurs, le Comité peut infliger des amendes administratives selon les modalités suivantes :

- a) *lorsqu'un dispensateur de soins a porté en compte à l'assurance soins de santé des prestations non effectuées, le Comité peut lui infliger une amende administrative égale au minimum à 50 % et au maximum à 200 % de la valeur des prestations indues;*
- b) *lorsque les prestations portées en compte ne sont pas conformes à la présente loi ou à ses arrêtés d'exécution, l'amende peut être égale au minimum à 1 % et au maximum à 150 % de la valeur des prestations concernées;*
- c) *lorsque, à plusieurs reprises, et après avertissement, le dispensateur n'a pas rédigé les documents administratifs ou médicaux conformément aux règles de la présente loi ou de ses arrêtés d'exécution, l'amende peut être de 10 euros à 125 euros par*

document incorrect. Elle ne peut être prononcée à charge du médecin qui fait l'objet, pour le même fait, d'une mesure énoncée à l'article 77bis.

Le dispensateur est également tenu de rembourser la valeur des prestations concernées dans les cas visés aux points a) et b) précités.

Il résulte de ce texte que :

- lorsqu'un dispensateur de soins a porté en compte des prestations non effectuées (article 141, § 5, alinéa 5, a)),
- lorsque les prestations portées en compte ne sont pas conformes à la loi ou aux arrêtés d'exécution (article 141, § 5, alinéa 5, b)),

Le dispensateur de soins est tenu de rembourser la valeur des prestations indûment perçues.

La compétence du Comité pour ordonner le remboursement des sommes indûment perçues n'est donc pas liée à la compétence qui lui est reconnue d'infliger des amendes administratives.

La circonstance que dans le cas d'espèce aucune amende administrative n'a été prononcée par le Comité à l'encontre du docteur A. n'a dès lors aucune incidence sur la compétence qu'avait le Comité de prononcer la condamnation de l'appelant à rembourser les sommes indûment perçues.

Sur la motivation de la décision du Comité

Le Comité étant une autorité administrative est tenu à la motivation formelle de actes qu'il émet.

L'article 2 de la loi du 29 juillet 1991 énonce que les actes administratifs des autorités administratives doivent faire l'objet d'une motivation formelle.

Selon l'article 3 de cette loi, la motivation exigée consiste en l'indication dans l'acte des considérations de droit et de fait servant de fondement à la décision; cette motivation doit être adéquate.

"Motiver une décision, c'est l'expliquer, c'est exposer le raisonnement de droit et de fait, le syllogisme qui lui sert de fondement"¹; "c'est extérioriser dans son corps même ses prémisses logiques, en droit comme en fait, c'est de la part de l'auteur de l'acte, faire apparaître à l'intention des intéressés, la justification de la mise en œuvre de sa compétence en fonction d'une situation déterminée"².

¹ D. LAGASSE, La loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs, *J.T.*, 1991, p.737.

² M.A. FLAMME, Droit administratif, tome I, Bruylant, Bruxelles, 1989, p. 422, n° 177 ; voir aussi P. LEWALLE, *Contentieux administratif*, Faculté de droit de Liège, 1997, p. 117.

L'information fournie à l'administré par une telle motivation de l'acte doit lui permettre d'apprécier l'adéquation de la mesure prise afin qu'il puisse, le cas échéant, la contester en connaissance de cause³. L'objectif de la loi du 29 juillet 1991 est bien de permettre à l'administré de prendre connaissance des motifs d'une décision qui le concerne, de pouvoir éventuellement en discuter avec l'auteur de l'acte et de pouvoir mieux organiser ses moyens de défense en cas de recours⁴.

La motivation des actes administratifs peut ressortir d'autres pièces auxquelles il est fait référence dans l'acte et dont l'intéressé a été préalablement informé⁵.

Dans le cas d'espèce, force est de constater que la décision entreprise répond à l'exigence de motivation formelle contenue à l'article 2 de la loi du 29 juillet 1991.

En effet, cette décision :

- cite précisément les griefs formulés à l'encontre du docteur A.,
- cite les dispositions légales sur lesquelles reposent ces griefs,
- énonce précisément les griefs et l'indu correspondant non contestés par le docteur A.,
- énonce l'argumentation développée par le docteur A. à l'appui de la contestation du troisième grief,
- contient l'argumentation claire par laquelle le Comité considère le grief fondé et rejette la position développée par le docteur A.,
- précise les motifs pour lesquels l'un des griefs, le quatrième, peut être abandonné,
- se réfère expressément à la note au Comité n° ... qui détaille les éléments de l'enquête menée par le Service auxquels le Comité fait référence.

Il est certain que, telle qu'elle est motivée, la décision du Comité a permis au docteur A. d'avoir une explication claire sur les raisons qui ont amené le Comité à ne pas suivre son argumentation à propos du troisième grief.

Le moyen soulevé par l'appelant doit être rejeté.

³ C.T. Liège, 2^{ème} ch., 3 octobre 2000, R.G. 28 467/99; C.T. Liège, 9 février 1996, *J.T.T.*, 1996, p. 407.

⁴ *Doc. Parl.* Sénat S.E., 1988, n° 215/1.

⁵ Cass., 29 mai 2008, C.07.0193.N ; Cass., 11 septembre 2003, C.01.0114.N, *Pas.*, 2003, n°426.

Sur les griefs

Seul le troisième grief est litigieux.

Les dispositions applicables, lors de la période litigieuse, sont les suivantes :

- article 2, C, chapitre II de la nomenclature des prestations de santé de l'INAMI : code 104296 : *Majoration d'une visite à l'occasion d'un même déplacement pour plusieurs patients par un médecin généraliste (103412, 103434) si la visite est effectuée un samedi, un dimanche ou un jour férié entre 8 et 21 heures*
- article 2, F du chapitre II de la nomenclature des prestations de santé de l'INAMI :

Les prestations 102410, 102432, 102454, 102476, 102491, 102513, 103854, 103876, 103891, 104215, 104230, 104252, 104296, 104311, 104333, 104510, 104532, 104554, 104591, 104613, 104635, 104812, 104834, 104856 et 104871 ne peuvent être portées en compte que pour les consultations et visites demandées et effectuées pendant les jours et heures spécifiés ou quand l'état du patient nécessite, pendant ces jours et heures, des soins urgents qui ne peuvent être différés. Ces prestations ne peuvent être portées en compte lorsque le médecin, pour des raisons personnelles, tient une consultation ouverte au public, reçoit sur rendez-vous ou effectue des visites pendant les jours et heures susmentionnés; il en est de même lorsque ces prestations sont effectuées pendant ces mêmes périodes suite à une exigence particulière du patient⁶.

Il résulte de ces dispositions que la majoration d'une visite à l'occasion d'un même déplacement pour plusieurs patients le samedi, le dimanche ou un jour férié ne peut être portée en compte que si :

- la visite a été demandée,

ou si

- l'état du patient nécessite des soins urgents qui ne peuvent être différés,

et si

- la visite ou la consultation n'intervient pas pour des raisons personnelles au prestataire,
- la visite ou la consultation ne répond pas à une exigence particulière du patient⁷.

⁶ A.R. du 19 décembre 1991 modifiant l'A.R. du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité ; voy. *M.B.*, 31 décembre 1991, p. 29842.

⁷ On relèvera que dans le texte applicable à la date de la rédaction de la présente décision, la condition de la demande de la visite et celle de l'urgence des soins n'est plus alternative mais est cumulative, après le remplacement de la conjonction « ou » par la conjonction « et » (article 2.3, F du chapitre II de la nomenclature des prestations de

Les questions que pose le présent litige sont donc les suivantes :

- les visites étaient-elles demandées ? (1)
- l'état du patient nécessitait-il des soins urgents ne pouvant être différés ? (2)
- l'appelant tenait-il une consultation le week-end pour des raisons personnelles ? (3)
- les prestations étaient-elles effectuées à la suite d'une exigence particulière du patient ? (4)

(1) Dans sa déclaration du 17 janvier 2003, l'appelant est clair : *Je vous explique l'organisation de mon travail à la résidence E.. Nous étions trois médecins : le docteur F., le docteur G. et moi-même. On se répartissait la semaine. Il y a avait un jour de visite fixe pour chacun d'entre nous. Il y avait en outre un rôle de garde établi. Celui qui était de garde venait soit le samedi, soit le dimanche, selon sa convenance ; c'est lui qui était rappelable toute la semaine qui suivait. Le samedi et le dimanche, c'était un passage systématique où on voyait aussi bien les patients dont avait la charge administrative que les autres.*

La semaine je ne voyais que mes patients. Le samedi et le dimanche il n'y avait pas d'appel. (...) A la Résidence E., je suis arrivé au début comme la troisième roue du carrosse. Il n'y avait pas d'organisation. J'ai organisé le rôle de garde, avec la répartition administrative des patients.(...).(Nous soulignons).

La pratique à la Résidence E. est dès lors différente de celle qui a cours à la Résidence H., où le docteur A. est occupé au moment de son audition ; cette pratique à la Résidence H. est décrite comme suit dans la même déclaration : *Le W.E. s'il y a un problème, on nous appelle, mais il n'y a pas de passage systématique. Les patients de la Résidence H. demandent moins de suivi qu'à la Résidence E.(...).*

Le 24 janvier 2013, l'appelant effectue une déclaration qui ne correspond pas à la précédente car il dit : *Vous me demandez ce que signifie pour moi le code 104296. C'est un supplément pour une visite effectuée le W.E. entre 8 h et 21 h le samedi ou le dimanche . J'ai employé ce code quand j'étais appelé à la Résidence E. le W.E. ou que j'allais effectuer ma garde. Vous me relisez un extrait de mon audition du 17 janvier 2003. Il y a eu instauration d'une « garde » le W.E. car vu le profil de la population, on était régulièrement rappelé. Pour ne pas redescendre à trois on a instauré un rôle de garde. Je téléphonais le samedi matin pour savoir s'il y avait des patients problématiques ou non. Il m'est d'ailleurs déjà arrivé de ne pas aller le W.E. à la Résidence E., bien que j'étais de garde, car il n'y avait personne à voir. Sur base des renseignements qui m'étaient donnés par téléphone je vais voir. Le W.E.*

santé de l'INAMI ; voy. A.R. du 19 février 2013 modifiant l'article 2 de l'annexe à l'A.R. du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B., 28 mars 2013, p. 19709).

je ne voyais que les personnes qui se présentaient spontanément, ou les personnes qui m'avaient été signalées au téléphone comme ayant un problème ou qui m'étaient adressées lorsque j'étais sur place. Dans tous les cas j'attestais le code 103552 plus le code spécifique de W.E. 104296. Vous me faites remarquer qu'en ce qui concerne l'emploi du code 104296, il faut qu'il y ait une notion d'urgence et de soins ne pouvant être différés (...) dans mon esprit (...) la notion d'urgence ne m'apparaissait pas et ne m'est jamais apparue pour le supplément 104296.

A partir du moment où ne travaillant pas le samedi « officiellement » et me rendant à la Résidence E. dans le cadre uniquement d'un rôle de garde établi entre les médecins travaillant au sein de cette entité, suite à un appel d'une des deux parties et ne pouvant juger de l'urgence ou des soins à donner ou de la problématique décrite par l'appelant je me rendais sur place pour me rendre compte. (Nous soulignons).

Suivant la première déclaration, il y avait un passage systématique du médecin de garde à la résidence pendant le week-end tandis que suivant la deuxième déclaration (réitérée par l'appelant lorsqu'il a comparu devant la présente chambre), il n'y avait pas de passage systématique : l'appelant se rendait à la résidence le week-end en cas d'appel ou après avoir lui-même vérifié s'il y avait une demande.

En tout état de cause, l'appelant indique qu'il ne pouvait déterminer à l'avance si la cause d'urgence invoquée était fondée ou non.

Le passage systématique du médecin de garde est confirmée par la dame I. (*d'office le médecin de garde passe le samedi ...*) et les docteurs F. (*Il y a une demande précise de la direction pour qu'il y ait un passage systématique le week-end (...) Quand on y va le week-end, on sait qui on doit voir, le personnel présent dit qui il faut voir (...) Vous me lisez des extraits de la déclaration de Mme I. du 19.06.02. Je confirme ...*), J. (*Je n'y vais le samedi que sur demande ou plutôt j'y vais d'office et je vois les personnes notées dans le cahier de l'infirmier ...*), et G. (*C'était une convention tacite entre les patrons et moi que je passe plusieurs fois la semaine à la maison en ce compris le W.E.*).

Considérant qu'il y a lieu de privilégier la première déclaration de l'intéressé, faite spontanément, la chambre considère, en prenant également en considération les autres déclarations de la directrice et des médecins cités ci-dessus, que l'intimé a pu considérer non remplie la condition suivant laquelle les visites du week-end doivent avoir été demandées pour pouvoir être portées en compte.

Ceci étant, il n'est nullement exclu que le médecin ait été rappelé pendant le week-end, après sa visite programmée, en sorte que l'on ne peut établir avec une certitude absolue qu'il n'y a eu aucun appel au docteur A. émanant d'un patient ou d'un(e) infirmier (ère) pendant le week-end.

(2) La notion d'urgence est particulièrement délicate à apprécier dans le cas d'espèce.

On ne peut en effet faire abstraction du fait que les patients dont question étaient des patients psychiatriques lourds, dont, selon l'appelant, on ne voulait plus dans les hôpitaux, : *tabagiques, éthyliques, toxicomanes* (déclaration du 17 janvier 2003), *schizophrènes lourds, débiles profonds, paranoïaques, psychotiques et maniaques en tous genres, psychopathes, défense sociale, etc ...* (courrier du docteur A. du 16 février 2003).

L'argumentation de l'appelant qui précise que pour cette population de patients la notion d'urgence est toute particulière, dès lors que toute contrariété est source d'angoisse susceptible d'être très rapidement la cause de difficultés pour et avec le patient, est retenue par la présente chambre, qui ajoute à ce sujet qu'il semble que là réside précisément la raison pour laquelle il y a eu instauration d'un service de garde et demande de passage systématique du médecin pendant le week-end.

A juste titre l'appelant soutient que, spécifiquement pour cette population, tout est urgent et ce n'est que sur place que, le cas échéant, le médecin pouvait constater que l'urgence n'était pas objectivement rencontrée.

La notion d'urgence et de soins ne pouvant être différés est dès lors rencontrée dans ce cas.

(3) et (4) Aucun élément du dossier n'établit que les visites du docteur A. à la Résidence E. pendant le week-end étaient effectuées par convenance personnelle et mues par des exigences particulières des patients.

Il résulte de ce qui précède que l'appel est fondé.

Comme l'indu lié au troisième grief portait sur 4018,52 euros, il y a lieu de déduire ce montant de la somme globale due par l'appelant sur la base des trois griefs retenus par le Comité du Service d'évaluation et de contrôle.

Il est dès lors dû par l'appelant la somme de $10.265,57 - 4.018,52 = 6247,05$ euros ; compte tenu d'un versement de 5.000 euros, l'appelant reste redevable d'un solde de 1.247,05 euros à augmenter des intérêts de retard au taux légal à partir du premier jour ouvrable suivant la date de la notification (article 156 de la loi du 14 juillet 1994) comme demandé par l'intimé.

Par ces motifs,

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

Composée de Monsieur Frédéric KURZ, Président, des Docteurs Marie-Anne RAIMONDI, Sophie CARLIER, Annie BOISDENNGHIEN, Jean-Pierre PENNEC assistés de Madame Caroline METENS, greffier.

Après en avoir délibéré et statuant contradictoirement,

Les Docteurs Marie-Anne RAIMONDI, Sophie CARLIER, Annie BOISDENGHIEN, Jean-Pierre PENNEC ayant rendu leur avis sans prendre part à la décision

Dit l'appel recevable et fondé,

Réforme la décision entreprise en ce qu'elle a déclaré établi le troisième grief libellé à charge de l'appelant, soit le fait d'avoir rédigé (ou fait rédiger), signé (ou pas) des attestations de soins et avoir permis que soient portées en compte des attestations de soins pour des prestations 104296 (associées à des prestations 103552) non conformes car ne répondant pas aux dispositions prévues au Chap. II, art. 2, F de la nomenclature des prestations de santé, ce qui a entraîné des débours indus pour l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités,

Dit pour droit que ce grief n'est pas établi,

Ce fait dit que l'appelant doit rembourser la somme de 6.247,05 au titre de prestations indûment perçues,

Le condamne à payer cette somme sous déduction de toute somme déjà versée à ce titre, augmentée des intérêts de retard au taux légal à partir du premier jour ouvrable suivant la date de la notification de la décision,

Ainsi prononcé à Bruxelles en langue française et en audience publique de la Chambre de recours le 10 juillet 2014 par Monsieur KURZ Frédéric , Président, assisté de Madame METENS Caroline, Greffier.

METENS Caroline

Greffier

KURZ Frédéric

Président