

DECISION DE LA CHAMBRE DE PREMIERE INSTANCE DU 12 AOUT 2022  
FA-012-21

EN CAUSE DE : **Monsieur A.**

**Infirmier breveté**

**Et B. SCS**

Ne comparaisant pas, représentés par Maître C., avocat,

Parties requérantes.

CONTRE : **SERVICE D'EVALUATION ET DE CONTRÔLE MEDICAUX**,  
institué au sein de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité,  
établi à 1210 Bruxelles, avenue Galilée 5/01,  
N° BCE : 0206.653.946 ;

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

Partie défenderesse.

**I. 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 15 septembre 2021, entrée au greffe le 17 septembre 2021, par laquelle Monsieur A. saisit la Chambre de première instance d'une contestation de la **décision du 16 août 2021 du Fonctionnaire-dirigeant** prise à l'égard de Monsieur A. et de la SCS B. et notifiée le 17 août 2021 ;
- les conclusions en réponse de l'INAMI déposées le 16 décembre 2021.

Les parties ont été entendues à l'audience du 9 juin 2022, à la suite de quoi la cause a été prise en délibéré.

La loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 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. OBJET DE LA DEMANDE

Par requête du 15 septembre 2021, Monsieur A. et la SCS B. demandent l'annulation de la décision du **Fonctionnaire-dirigeant du SECM du 16 août 2021** par laquelle il :

- Déclare établis les griefs reprochés au terme du procès-verbal de constat du 17 mai 2019 (notifié le 20 mai 2019) ;
- Condamne solidairement Monsieur A. et la SCS B. à rembourser la valeur des prestations indues s'élevant à **12.557,74 €** ;
- Condamne Monsieur A. à payer une amende de 50 % des prestations reprochées au 1<sup>er</sup> grief (366,84 euros), soit une amende de **183,42 €**, assortie d'un sursis de trois années,
- Dit qu'à défaut de paiement des sommes dues dans les trente jours de la notification de la présente décision, des intérêts au taux légal en matière sociale, tel que prévu à l'article 2, §3, de la loi du 5 mai 1865 relative au prêt à intérêt, seront dus, de plein droit, à compter de l'expiration du délai précité.

## III. FAITS

Monsieur A. est infirmier breveté depuis le 30 juin 2012, est inscrit en tant que praticien de l'art infirmier et a adhéré à la convention depuis le 1<sup>er</sup> août 2012.

Il a été salarié du 4 septembre 2012 jusqu'au 10 novembre 2016 de la société SPRL X. ayant son siège social à ..., devenue Y. fin 2016 avec le même numéro de BCE.

Il a créé avec sa maman, Madame F., la société B. SCS le 14 novembre 2016 ayant son siège social ..., dont Madame F. est gérante et dont il est employé à temps plein depuis le 17 novembre 2016.

Monsieur A. réalise des soins infirmiers à domicile avec sa maman, Madame F., qui établit les horaires et les relevés de prestations. Ils travaillent ensemble ou en alternance.

C'est Madame F. qui imprime et s'occupe de la gestion des dossiers infirmiers. Les échelles de Katz sont réalisées par celui qui voit le patient pour la première fois.

Madame F. a déclaré, dans son audition du 17 avril 2018 être la seule à encoder les prestations à porter en compte via le logiciel de tarification Corilus.

Les prestations sont introduites avec le numéro de tiers-payant appartenant à Monsieur A. et les prestations sont remboursées sur le compte bancaire de la SCS B. (et non sur celui de Monsieur A. comme mentionné dans la note de synthèse).

Madame F. pratique le tiers-payant et ne demande pas le ticket modérateur.

Les dossiers infirmiers sont communs à Madame F. et à Monsieur A.

Le volume d'activités de Monsieur A. est le suivant :

Tableau anonymisé.

Monsieur A. a un antécédent : un PVC avec un indu de 1.896 € pour des prestations non effectuées et non conformes, indu qui a été remboursé.

Dans le cadre de son enquête, le SECM a :

- demandé les listings informatiques aux unions nationales des organismes assureurs pour la période d'introduction aux OA s'étendant du 1<sup>er</sup> octobre 2015 au 31 mars 2018 pour 11 assurés, du 1<sup>er</sup> août 2015 au 30 avril 2018 pour 5 assurés, du 1<sup>er</sup> juillet 2015 au 31 juillet 2018 pour 1 assuré.
- examiné les dossiers infirmiers de 11 assurés concernés, remis par Madame F. ;
- procédé à l'audition de tiers : 8 assurés et 2 collaborateurs.

Monsieur David A. a été entendu en date du 15 mars 2019 en présence de son avocat Me G.

Un procès-verbal de constat daté du 17 mai 2019 a été notifié au dispensateur de soins par la voie postale recommandée en date du 20 mai 2019. Des copies du PVC ont été envoyées à la société B. SCS et à Madame F.

En date du 20 janvier 2020, suite à un rappel de l'invitation au remboursement volontaire, Monsieur A. a contesté les griefs reprochés dans le PVC du 17 mai 2019.

#### **IV. DISCUSSION**

##### **1. Matérialité de l'infraction et remboursement de l'indu**

###### **1.1. Principes**

###### **1.1.1.**

L'article 73bis de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (ci-après dénommé la loi ASSI) prévoit que :

*« Sans préjudice d'éventuelles poursuites pénales et/ou disciplinaires et nonobstant les dispositions des conventions ou des accords visés au Titre III, il est interdit aux dispensateurs de soins et assimilés, sous peine des mesures énoncées à l'article 142, § 1er :*

*1° de rédiger, faire rédiger, délivrer ou faire délivrer des documents réglementaires permettant le remboursement des prestations de santé lorsque les prestations n'ont pas été effectuées ou fournies ou lorsqu'elles ont été effectuées ou fournies durant une période d'interdiction temporaire ou définitive d'exercice de la profession ;*

*2° de rédiger, faire rédiger, délivrer ou faire délivrer les documents réglementaires précités lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans la présente loi, dans ses arrêtés et règlements d'exécution, dans les conventions et accords conclus en vertu de cette même loi et/ou lorsque des prestations visées à l'article 34 ont été prescrites durant une période d'interdiction temporaire ou définitive d'exercice de la profession (...) »*

Le dispensateur de soins qui porte en compte à l'assurance soins de santé des prestations non conformes (article 73bis, 2°) ou non effectuées (article 73bis, 1°) est sujet au remboursement de la valeur des prestations concernées, conformément à l'article 142, §1er, 1° et 2°, de la loi ASSI.

Il suffit que les éléments matériels constitutifs d'une infraction «réalité» ou «conformité», basée sur l'article 73bis de la loi ASSI, soient établis pour entraîner une obligation de remboursement de l'indu, sans qu'un élément moral (être animé d'une volonté délictueuse, ne pas faire preuve de bonne foi, agir librement et consciemment, etc.) ne soit requis.

#### 1.1.2.

En vertu de l'article 143, §1<sup>er</sup>, 1° de la loi ASSI, le fonctionnaire-dirigeant du Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM), ou le fonctionnaire désigné par lui, connaît des contestations relatives aux infractions visées à l'article 73bis, 1°, 2°, 3°, 4° et 5°, de la loi si la valeur des prestations litigieuses est inférieure à 35 000 euros.

L'article 143, §3 ajoute qu'en cas d'infraction aux dispositions de l'article 73bis, 1°, 2°, 3°, 4°, 5°, 7°, 8°, 9° et 10° le Fonctionnaire-dirigeant, ou le fonctionnaire désigné par lui, décide de l'application des mesures énoncées à l'article 142. La décision doit être notifiée dans les trois mois suivant la réception des moyens de défense ou, à défaut, dans les trois mois suivant l'expiration du délai prévu à l'article 143, § 2, alinéa 3.

Selon l'article 144, §2, 2° de la loi ASSI, les Chambres de première instance ont une compétence de pleine juridiction pour connaître des recours contre les décisions du Fonctionnaire-dirigeant ou du fonctionnaire désigné par lui, prises sur la base de l'article 143, § 3;

#### 1.1.3.

En ce qui concerne les modalités de remboursement de l'indu en application de l'article 142, l'article 164, alinéa 2 de la loi ASSI prévoit que :

*« 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.** (...)»*

### 1.2. En l'espèce

#### 1.2.1. Préalablement quant à l'impartialité de la Chambre de première instance

Dans son recours, Monsieur A. indique que : « la décision par laquelle l'administration active inflige une sanction administrative relevant de la matière pénale doit être soumise au contrôle d'un tribunal indépendant et impartial, présentant les garanties de l'article 6 et disposant d'un pouvoir de pleine juridiction ».

Ce faisant, il semble reprocher à la Chambre de première instance un manque d'impartialité.

Le grief relatif à l'absence d'impartialité et d'indépendance des chambres de première instance et des chambres de recours a déjà été soumis à plusieurs reprises à différentes juridictions (Conseil d'Etat, Cour constitutionnelle et Cour européenne des droits de l'homme (CEDH)).

Toutes les décisions prises dans ce contexte ont considéré que ces juridictions administratives présentaient toutes les garanties d'indépendance et d'impartialité<sup>1</sup>.

Dans son arrêt du 18 décembre 2018<sup>2</sup> (DEPRAETERE c. Belgique), la CEDH a confirmé sa jurisprudence antérieure (arrêt DEFALQUE du 20 avril 2006<sup>3</sup>).

Il y a lieu de souligner également que la loi ASSI prévoit la possibilité de soumettre les griefs au contrôle ultérieur d'un autre organe décisionnel, soit la Chambre de recours, et ensuite le Conseil d'Etat qui agit en cassation, ce qui constitue en soi une garantie supplémentaire.

En conclusion, les appréhensions de Monsieur A. quant à l'indépendance et l'impartialité de la Chambre de première instance ne sont pas objectivement justifiées.

### 1.2.2. Grief 1 basé sur l'article 73bis, 1° de la loi ASSI - prestations non effectuées

Le SECM reproche à Monsieur A. d'avoir effectué une double facturation 2 ans après la prestation des soins infirmiers.

Le SECM a constaté que, le 28 février 2018 (date d'introduction des prestations auprès des OA) ont été portées en compte à l'assurance soins de santé et indemnités (ASSI), au nom de Monsieur A., 78 prestations de santé non effectuées, représentant pour un montant indu de **366,84 €**, concernant 1 assuré.

Il s'agit d'une double facturation car pour la même période de prestations, du 1<sup>er</sup> novembre 2016 au 30 novembre 2016, un forfait A avait déjà été attesté en date du 31 décembre 2016.

Monsieur A. ne conteste pas ce grief mais indique qu'il s'agit d'une erreur involontaire.

**La Chambre de première instance constate dès lors que le grief 1 est établi.**

### 1.2.3. Griefs 2 à 5 basés sur l'article 73bis, 2° de la loi ASSI : prestations de soins non conformes – dossiers infirmiers incomplets

#### **a) Les griefs reprochés dans le PVC du 17 mai 2019 et dans la décision du fonctionnaire-dirigeant**

##### **• Grief 2**

Le SECM reproche à Monsieur A. la tenue non conforme du dossier infirmier au motif que les faits relevant concernant la planification et l'évaluation des soins ne sont pas mentionnés.

Il s'agit de 31 prestations de santé non conformes, représentant un montant indu de **584,97 €**. Le constat est fait dans le cas de 1 assuré : Madame H.

<sup>1</sup> Voir notamment CEDH 20 avril 2006, arrêt Defalque, n° 37330/02 ; C.E. 17 septembre 2012, n° 220.620 ; C.E. 14 février 2013, n° 222.508 (Depraetere) ; C.E. 3 novembre 2016, n° 246.345. C.E. 31 octobre 2017, n° 239.729 ; C. const. 31 janvier 2019, n° 15/2019 ; CEDH 18 décembre 2018, DEPRAETERE c. Belgique.

<sup>2</sup> CEDH 18 décembre 2018, DEPRAETERE c. Belgique

<sup>3</sup> CEDH 20 avril 2006, arrêt Defalque, n° 37330/02

- **Grief 3**

Le SECM reproche à Monsieur A. la tenue non conforme du dossier spécifique soins de plaies.

Pour la période allant du 28 février 2017 au 2 septembre 2017 (date d'introduction des prestations auprès des OA) ont été portées en compte à l'assurance soins de santé et indemnités (ASSI), au nom de Monsieur A., 432 prestations de santé « *non conformes* » représentant un montant indu de **3.383,27 €**.

Le constat est fait dans le cas des 3 assurés suivants :

1. Madame I. - Dans le cas de cette assurée, le dossier soins de plaie complexe et spécifique est non conforme : il n'y a pas d'anamnèse infirmière ni de plan de soins.
2. Monsieur J. - Dans le cas de cet assuré, le dossier soins de plaie complexe est non conforme : il n'y a pas d'anamnèse infirmière ni de plan de soins.
3. Monsieur K. - Dans le cas de cet assuré, le dossier soins de plaie complexe est non conforme : il n'y a pas d'anamnèse infirmière ni de plan de soins.

- **Grief 4**

Le SECM considère que le dossier infirmier fourni n'est pas conforme au prescrit de la nomenclature des prestations de santé dans la mesure où il ne contient pas le contenu minimal du dossier infirmier tel que décrit dans l'art. 8 de la nomenclature, condition de remboursement de ces prestations, puisque ne figure pas au dossier infirmier le plan de soins ainsi que la planification et l'évaluation des soins.

En conséquence, sont retenues à grief, toutes les prestations effectuées durant 3 mois dans ce dossier pour la période allant du 3 juillet 2017 au 2 septembre 2017 (date d'introduction des prestations auprès des OA) qui ont été portées en compte à l'assurance soins de santé et indemnités (ASSI), au nom de Monsieur A., soit 132 prestations de santé « *non conformes* », représentant un montant indu de **1.871,41 €**.

Le constat est fait dans le cas de l'assuré suivant : 1. Monsieur J.

Ce grief est indiqué à titre conservatoire car les prestations sont déjà reprochées au grief 3.

- **Grief 5**

Le SECM considère que les dossiers spécifiques de soins palliatifs fournis ne contiennent pas le contenu minimal du dossier tel que décrit dans l'art. 8 de la nomenclature, puisque les informations suivantes n'y figurent pas :

- contacts avec la famille du patient,
- résultats des réunions de coordination.

En conséquence, sont retenues à grief, toutes les prestations effectuées durant 3 mois pour ces dossiers, pour la période allant du 28 février 2017 au 2 septembre 2017 (date

d'introduction des prestations auprès des OA) qui ont été portées en compte à l'assurance soins de santé et indemnités (ASSI) au nom de Monsieur A., soit 124 prestations de santé « *non conformes* », un montant indu de **8.222,66 €**. Le constat est fait dans le cas des 2 assurés suivants :

- Monsieur L.
- Madame M.

#### **b) Les réponses de Monsieur A. aux griefs reprochés dans le PVC**

La note de synthèse fait mention du fait que Monsieur A. a contesté ces griefs, qui étaient repris dans le PVC du 17 mai 2019, dans un courrier du 20 janvier 2020.

Toutefois, aucune précision n'est fournie dans la note de synthèse quant aux motifs de contestations ni la raison pour laquelle le SECM a considéré que ces motifs ne pouvaient pas être pris en considération puisque la décision du Fonctionnaire-dirigeant reprend intégralement les griefs mentionnés dans le PVC du 27 mai 2019.

Reprenant le courrier du 20 janvier 2020 de Monsieur A., la Chambre de première instance constate que les éléments suivants ont été fournis par Monsieur A. :

- Il n'est qu'un employé de Madame F. ;
- Il n'a aucun droit de regard sur le compte de la société ;
- En ce qui concerne les dossiers infirmiers sous format informatique :
  - Madame F. indique que, disposant du programme MOBI33, elle complète directement dans le programme les informations du jour, en même temps que le dossier papier est complété chez les patients ;
  - Lorsque l'inspectrice lui a demandé de fournir les dossiers médicaux de certains assurés, elle a pensé que l'impression des informations dans MOBI33 suffisait et elle a donc imprimé la version informatique issue du programme IGL, mais les dossiers version papier existaient bien chez les patients ;
- En ce qui concerne le grief 2, Madame F. est allée récupérer le dossier infirmier chez Madame G. après le PVC du 19 mai 2019 (voir attestation de cette dernière). Celui-ci comprend le plan de soins et les évaluations. Il est joint en annexe au courrier ;
- En ce qui concerne le grief 3 : Madame F. est allée récupérer les dossiers infirmiers chez Madame I. et Monsieur J. (voir attestations) qui sont déposés en annexe à ce courrier. En revanche, il est précisé qu'il n'a pas été possible de récupérer le dossier de Monsieur K. suite à son hospitalisation et son placement, et au fait que la famille a jeté tout ce qui se trouvait à son domicile (en ce compris le dossier infirmier). Un seul document a pu être récupéré dans les archives de la SPRL X. Il s'agit d'une anamnèse effectuée le 7 juin 2016.
- Grief 4 : les documents concernant les dossiers de soins et de surveillance de la perfusion de Monsieur J. sont joints au courrier.

- Grief 5 :

- Pour Madame M., il est précisé qu'il était impossible de compléter la rubrique concernant les contacts avec la famille dans le dossier, à défaut de présence de famille à proximité. La seule famille de Madame N. est sa sœur dont la santé n'est pas brillante et qui habite loin. Le reste de la famille habite dans le sud de la France et est venu pour la dernière fois en décembre 2016.
- Pour Monsieur L., Monsieur A. précise que le fils unique de ce dernier est décédé (sans enfant) et que celui-ci vit avec une dame. Le contact avec cette dame est permanent puisqu'elle vit sur place. Il existait bien un carnet de soins palliatifs mais Madame O. a oublié de le récupérer après une hospitalisation de Monsieur L. Madame F. a contacté l'hôpital pour tenter de le retrouver, sans succès.
- Il n'y a pas eu de réunions de coordination puisque Monsieur A. et Madame F. étaient les seuls intervenants.

En annexe à ce courrier figurent tous les dossiers infirmiers des assurés concernés dans le courrier.

**c) Position du Fonctionnaire-dirigeant**

Dans sa décision du 16 août 2021, le Fonctionnaire-dirigeant indique que ni Monsieur A. ni B. SCS n'ont fait parvenir de moyens de défense suite à la lettre recommandée du 23 mars 2021.

Il précise toutefois qu'en date du 20 février (janvier ?) 2020, Madame F. et Monsieur A. ont envoyé au SECM les documents manquants à leurs dossiers infirmiers :

*« M. A. se réfère aux explications données par Mme F. à savoir avoir donné une version électronique aux inspecteurs lors de l'enquête et avoir ensuite récupéré les dossiers papiers complets qu'elle transmet en février 2020.*

*Il faut cependant constater qu'un temps étonnamment long (8 mois) s'est écoulé entre la date du PVC (17 mai 2019) et le courrier de Mme F. et M. A. (20 février 2020).*

*Si ceux-ci disposaient de leurs dossiers papiers depuis juin 2019 comme semblent l'attester les déclarations de leurs patients, pourquoi ont-ils attendu 7 mois avant de les transmettre au SECM ? De plus, dans ses déclarations aux inspecteurs du SECM, Mme F. dit (le SECM souligne) :*

*« J'avais engagé une secrétaire pour dactylographier dans les dossiers infirmiers. Chaque infirmière avait un dictaphone, clé USB et l'envoyait au secrétariat qui dactylographiait tout. Je vous montre les dossiers demandés. Pour moi ils sont complets, je pense. (...)*

*Je veux insister sur le fait qu'ayant été épinglée une fois ; j'affirme que tous les soins attestés ont été réellement réalisés. C'est la raison pour laquelle j'ai engagé un secrétaire, Monsieur P., pour avoir de l'aide pour avoir des dossiers infirmiers en ordre, et plus de rigueur au niveau du personnel. »*

*Or, l'ensemble des documents remis par les infirmiers en février 2020 sont manuscrits et non pas dactylographiés. On peut douter de l'authenticité de ces dossiers remis in tempore suspecto.*



*Le Fonctionnaire-dirigeant estime donc ne pas pouvoir tenir compte des documents complémentaires remis en février 2020. Les griefs sont donc incontestablement établis au regard des éléments repris notamment dans la note de synthèse précitée »*

#### **d) Décision de la Chambre de première instance**

La Chambre de première instance constate que Monsieur A. a transmis au SECM toutes les explications et les dossiers infirmiers montrant que la réglementation a été respectée.

Madame F. a également expliqué pourquoi elle n'a remis qu'une version informatique pour les dossiers infirmiers à l'inspectrice qui les lui a demandés, alors que des dossiers papier étaient disponibles au domicile des patients.

Lorsque certaines mentions restent manquantes, Monsieur A. en explique la raison (p.ex : contacts avec la famille).

Le SECM ne semble d'ailleurs pas contester que ces dossiers infirmiers sont conformes à la réglementation et contiennent les mentions requises.

La seule raison pour laquelle le SECM a décidé de ne pas tenir compte de ces documents est le fait qu'ils ont été fournis 8 mois après le PVC, ce qui impliquerait, selon lui, que ces documents sont nécessairement des faux.

La Chambre de première instance estime que le délai de 8 mois est à lui seul insuffisant pour en déduire que les documents produits sont des faux.

Monsieur A. explique que sa mère a dû contacter tous les assurés concernés pour pouvoir récupérer les dossiers médicaux sous format papier. Des attestations manuscrites des patients confirment cet élément.

L'examen des documents produits ne laisse pas apparaître d'éléments suspects qui permettraient de penser que ces dossiers ont été rédigés pour les besoins de la cause, après la réception du PVC.

En tout état de cause, le SECM n'a pas introduit de procédure en faux à l'égard des documents produits. Jusqu'à preuve du contraire, ces documents sont donc présumés sincères.

En ce qui concerne Monsieur K., aucun dossier papier n'a été fourni pour la période litigieuse. Toutefois les explications fournies par Madame F. concernant la disparition du dossier papier sont crédibles dès lors qu'il s'agit d'un patient qui a été placé et ne vit plus à son domicile. C'est donc pour un motif indépendant de sa volonté que Monsieur A. ne peut produire le dossier papier, celui-ci ayant été détruit. Par ailleurs, Monsieur A. dépose une anamnèse effectuée le 7 juin 2016 par Madame F. lorsqu'elle effectuait encore les soins dans la cadre de la SRL X. S'agissant d'une anamnèse effectuée à une période très proche de la période litigieuse, la Chambre de première instance considère qu'elle peut être prise en considération.

**La Chambre de première instance considère dès lors que les griefs 2 à 5 ne sont pas établis et la décision du Fonctionnaire-dirigeant doit être réformée sur ce point.**

## 2. Sanction

### 2.1. Principes

#### 2.1.1.

Pour entraîner une amende, deux éléments doivent être réunis : un élément matériel et un élément moral.

L'élément matériel réside dans la transgression d'une disposition légale ou réglementaire (accomplissement de l'acte interdit ou omission de l'acte prescrit).

L'élément moral suppose que cette transgression soit commise librement et consciemment.

De manière générale, l'existence d'une cause de justification (démence ou contrainte, selon l'article 71 du Code pénal ; erreur ou ignorance ; etc.) s'oppose à ce qu'une infraction réglementaire puisse être imputée à son auteur et, par conséquent, entraîner une sanction.

L'erreur ou l'ignorance de droit sont des causes de justification, dans la mesure où elles « (...) portent sur l'existence (ignorance d'une disposition pénale en vigueur) ou la portée exacte (erreur relative à l'interprétation ou à l'applicabilité d'une disposition dont on connaît l'existence) de l'élément légal de l'infraction, d'où résulte l'illicéité de l'acte commis (...) »<sup>4</sup>.

L'erreur ou l'ignorance ne peuvent être retenues comme causes de justification que pour autant qu'elles soient invincibles, c'est-à-dire lorsqu'il peut se déduire de circonstances que l'auteur de l'infraction a agi comme l'aurait fait toute personne raisonnable et prudente<sup>5</sup>.

La complexité de la législation sociale en vigueur ne peut être considérée comme source d'erreur invincible<sup>6</sup>.

De plus, la simple constatation que l'auteur de l'infraction ait été mal conseillé, fût-ce par une personne qualifiée, ne suffit pas en soi pour que l'erreur soit considérée comme étant invincible ; il appartient au juge d'apprécier en fait si pareil avis a induit l'auteur de l'infraction dans un état d'erreur invincible<sup>7</sup>.

#### 2.1.2.

Le régime de sanctions applicable aux faits litigieux est repris à l'article 142, §1<sup>er</sup>, al. 1<sup>er</sup>, 1° de la loi ASSI :

*« § 1er. Sans préjudice d'éventuelles sanctions pénales et/ou disciplinaires, les mesures suivantes sont appliquées aux dispensateurs de soins et assimilés qui ne se conforment pas aux dispositions de l'article 73bis :*

<sup>4</sup> F. TULKENS et M. VAN DE KERCHOVE, *Introduction au droit pénal- Aspects juridiques et criminologiques*, Waterloo, Kluwer, 2007, 8ème éd., p. 404

<sup>5</sup> Cass., 2ème ch., 1<sup>er</sup> octobre 2002, rôle n° P011006N, Cass., 1ère ch., 16 septembre 2005, rôle n° C040276F ; C. trav. Bruxelles, 26 octobre 2010, RG n° 40.153-40.316 ; C. trav. Liège, sect. Liège, 21 avril 2010, RG n° 36395/09, consultables sur <http://jure.juridat.just.fgov.be>

<sup>6</sup> C. HENNEAU et J. VERHAEGEN, *Droit pénal général*, Bruylant, Bruxelles, 1991, p. 338 ; Anvers, 9 octobre 1997, *ChrD.S.*, 1998, p. 145 ; C. trav. Liège, sect. Namur, 6 août 2009, RG n° 8697/08-8700/08 consultable sur juridat ; cass. 14 mai 2012, Pas. 2012, n°300.

<sup>7</sup> Cass., 2ème ch., 1<sup>er</sup> octobre 2002, rôle n° P011 006N

*1° le remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé et une amende administrative comprise entre **50 % et 200 %** du montant du remboursement en cas d'infraction aux dispositions de l'article 73bis, 1°;*

*2° le remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé, et/ou une amende administrative comprise entre **5 % et 150 %** du montant de la valeur des mêmes prestations en cas d'infraction aux dispositions de l'article 73bis, 2°; » »*

### 2.1.3.

Le **sursis** d'une durée de un à trois ans peut être accordé lorsque, dans les trois ans précédant le prononcé, aucune amende administrative n'a été infligée ou aucun remboursement de prestations indues n'a été imposé à l'intéressé par une instance administrative ou juridictionnelle au sein ou auprès de l'institut (art 157 de la loi ASSI).

L'octroi du sursis nécessite à tout le moins l'absence, depuis trois ans, d'amende administrative et de demande de remboursement de prestations indues et est laissé à l'appréciation de la Chambre de première instance.

Le sursis est révoqué de plein droit lorsque le dispensateur est condamné du chef d'une nouvelle infraction visée à l'article 73bis, commise pendant le délai d'épreuve.

## 2.2. Application en l'espèce

Le seul grief établi est le grief 1 (pour un indu de 366,84 €) (non effectué).

Pour ce grief 1, la Chambre de première instance considère que l'amende fixée par le Fonctionnaire-dirigeant doit être confirmée comme suit : **50 %** du montant de l'indu, soit **183,42 €** ;

Tenant compte de l'absence d'antécédent dans le chef de Monsieur A., du fait qu'il est employé et que le grief est mineur et involontaire, la Chambre de première instance estime qu'un sursis total pour une durée de 3 ans peut lui être accordé sur le montant de l'amende.

## 3. Intérêts

Les sommes, dont Monsieur A. et la SCS B. sont redevables, doivent être payées dans les trente jours de la notification de la décision de la Chambre de première instance. A défaut de paiement dans ce délai, les sommes restant dues produisent de plein droit des intérêts au taux légal en matière sociale, tel que prévu à l'article 2, §3 de la loi du 5 mai 1865 relative au prêt à intérêt à compter de l'expiration de ce délai (art.156, §1<sup>er</sup>, al. 2, de la loi ASSI tel que modifié par l'article 26 de la loi du 17 juillet 2015 portant dispositions diverses en matière de santé).

**PAR CES MOTIFS;  
LA CHAMBRE DE PREMIERE INSTANCE,  
Statuant contradictoirement,**

Déclare la demande de Monsieur A. et de la SCS B. à l'égard du SECM recevable et partiellement fondée dans la mesure déterminée ci-après ;

Réforme partiellement la décision du Fonctionnaire-dirigeant du SECM du 16 août 2021 ;

**Par conséquent,**

- Déclare que seul le grief 1 est établi ;
- Condamne solidairement Monsieur A. et SCS B. à rembourser la valeur des prestations indues s'élevant à la somme de **366,84 €** pour le grief 1 ;
- Confirme l'amende infligée par le Fonctionnaire-dirigeant à Monsieur A. s'élevant à **50 %** du montant des prestations non effectuées, soit la somme de **183,42 €, assortie d'un sursis total de trois années** ;
- Annule la décision du Fonctionnaire-dirigeant pour le surplus ;
- Dit que les sommes dont Monsieur A. et la SCS B. sont redevables produisent des intérêts au taux légal en matière sociale à compter de l'expiration du délai de trente jours suivant la notification de la présente décision, à défaut de paiement dans ce délai ;

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 Madame Pascale BERNARD, Présidente, Docteurs Sophie CARLIER et Olivia GEMBALA, Messieurs Johan CORIJN et Gaëtan MESTAG, membres, assistés de Madame Dominique HONVAULT, greffière.

Et prononcée à l'audience du 12 août 2022 par Madame Pascale BERNARD, Présidente, assistée de Madame Dominique HONVAULT, greffière.

Dominique HONVAULT  
Greffière

Pascale BERNARD  
Présidente