

DECISION DE LA CHAMBRE DE PREMIERE INSTANCE DU 28 FEVRIER 2019
FA-013-17

EN CAUSE DE : **Madame A.,**
Logopède

Comparaissant en personne et assistée de Maître B. ;

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 Tervuren, 211, n° BCE : 0206.653.946 ;

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

I. LA PROCEDURE

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

- la requête de Mme A., reçue au greffe le 22.12.2017, dirigée contre la décision du Fonctionnaire-dirigeant du 14.11.2017 ;
- les conclusions en réponse du SECM ;
- les conclusions en réplique de Mme A. ;
- le dossier de pièces de Mme A. ;
- le dossier de pièces du SECM, dont la note de synthèse ;
- les différentes convocations en vue de l'audience du 25.10.2018.

Fixée à l'audience du 25.10.2018, la cause a été remise à l'audience du 24.1.2019, lors de laquelle chacune des parties a comparu et été entendue en ses dires et moyens.

Les débats ont été clos et l'affaire prise en délibéré.

La loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14.7.1994 (ci-après loi ASSI) et l'arrêté royal du 9.5.2008 fixant les règles de fonctionnement et le règlement de procédure des chambres de première instance et des chambres de recours ont été respectés.

II. L'OBJET DU RECOURS

Par son recours, Mme A. demande à la Chambre de première instance d'annuler et de réformer la décision du Fonctionnaire-dirigeant du 14.11.2017 et de condamner le SECM à tous les dépens de la procédure (non liquidés).

Par sa décision, le Fonctionnaire-dirigeant :

- déclare établis les cinq griefs formulés pour tous les cas cités dans la note de synthèse ;
- condamne Mme A. à rembourser la valeur des prestations indues, soit 18.043,78 euros ;
- constate qu'elle a effectué un remboursement partiel de l'indu, soit 211,72 euros ;
- condamne Mme A. à payer les amendes suivantes :
 - 1^{er} grief : 150% soit 119,10 euros dont 100% (79,40 euros) en amende effective et 50% (39,70 euros) en amende assortie d'un sursis de trois ans ;
 - 2^{ème} grief : 150% soit 1.116,45 euros dont 100% (744,30 euros) en amende effective et 50% (372,15 euros) en amende assortie d'un sursis de trois ans ;
 - 3^{ème} grief : 100% soit 3.735,77 euros dont 50% (1.867,88 euros) en amende effective et 50% (1.867,88 euros) en amende assortie d'un sursis de trois ans ;
 - 4^{ème} grief : 100% soit 6.339,40 euros dont 50% (3.169,70 euros) en amende effective et 50% (3.169,70 euros) en amende assortie d'un sursis de trois ans ;
 - 5^{ème} grief : 100% soit 7.144,91 euros dont 50% (3.572,45 euros) en amende effective et 50% (3.572,45 euros) en amende assortie d'un sursis de trois ans ;
- dit qu'à défaut de paiement des sommes dues dans les 30 jours de la notification de la décision, des intérêts au taux légal en matière sociale, tel que prévu à l'article 2, §3, de la loi du 5.5.1865 relative au prêt à intérêt, seront dus, de plein droit, à compter de l'expiration du délai précité.

III. ANTECEDENTS

Mme A. est logopède, diplômée en 2006.

Elle exerce, d'une part, comme salariée à temps plein au sein d'une école spéciale à ... et, d'autre part, comme indépendante à titre complémentaire (en personne physique) pendant les congés scolaires et le reste de l'année du lundi au vendredi de 15h45 à 18h max., le mercredi de 12h30 à 15h et jamais ou rarement le weekend.

Dans le cadre de son activité indépendante, Mme A. travaille dans une autre école communale, parfois au domicile des patients et éventuellement à son domicile. Les enfants lui sont référés par le PMS ou les enseignants de l'école.

D'après le volume d'activité, les remboursements à charge de l'assurance s'élèvent entre 15.397,35 euros et 20.226,66 euros par an pour les années 2012 à 2015.

L'essentiel des prestations de logopédie lui sont prescrites par le Dr E., ORL (seul prescripteur de Mme A. en 2014).

Une enquête a été initiée par le SECM à la suite d'une plainte concernant la qualité des soins¹.

Les devoirs usuels d'enquête ont été diligentés : recueils des listings informatiques auprès des mutuelles, auditions de tiers, de la prestataire et du prescripteur (Dr E.).

Trois procès-verbaux de constat ont été établis.

Des correspondances ont été échangées entre l'inspecteur social et la prestataire.

Une note de synthèse a été établie et envoyée à Mme A., avec invitation à faire valoir ses moyens de défense écrits (cf. courrier recommandé du 15.6.2017).

Celle-ci a fait valoir ses observations par courrier de son conseil du 3.8.2017.

Le 14.11.2017, le Fonctionnaire-dirigeant a adopté la décision litigieuse, laquelle fut notifiée à Mme A. par courrier recommandé du 20.11.2017, réceptionné par cette dernière le 23.11.2017 (cf. récépissé).

Le recours fut introduit par requête reçue au greffe le 22.12.2017, auquel était joint un dossier de 19 pièces inventoriées.

IV. DISCUSSION

1. Quant à la recevabilité et à l'intérêt à agir

Le recours a été introduit dans le délai légal d'un mois suivant la réception de la décision du Fonctionnaire-dirigeant (art. 156, § 3, de la loi ASSI). Il est recevable, ce qui n'est d'ailleurs pas contesté.

Surabondamment, Mme A. dispose de la qualité et de l'intérêt à agir en recours contre la décision litigieuse, ce qui n'est pas non plus contesté.

2. Le moyen lié à la violation des droits de la défense et des principes généraux de bonne administration

Mme A. soutient en premier lieu que la décision du Fonctionnaire-dirigeant violerait ses droits de la défense aux motifs suivants :

¹ Plainte couverte par l'article 59 du Code de droit pénal social, qui traite du « *devoir de discrétion* » des inspecteurs sociaux et dispose :
« *Sauf autorisation expresse de l'auteur d'une plainte ou d'une dénonciation relative à une infraction aux dispositions de la législation dont ils exercent la surveillance, les inspecteurs sociaux ne peuvent révéler en aucun cas, même devant les tribunaux, le nom de l'auteur de cette plainte ou de cette dénonciation.*
Il leur est également interdit de révéler à l'employeur ou à son représentant qu'il a été procédé à une enquête à la suite d'une plainte ou d'une dénonciation. »

- L'inspectrice ne l'aurait interrogée que concernant huit patients.
- Elle ne l'aurait pas informée du fait qu'une plainte aurait été déposée contre elle concernant la qualité des soins.
- Elle n'aurait pas été entendue sur tous les patients concernés ni sur l'intégralité des griefs.
- Il lui serait impossible d'identifier les dossiers concernés et de se défendre.
- Elle n'a pas été entendue à propos des déclarations du Dr E. et n'a pas été confrontée à ce dernier.
- La procédure serait inéquitable et les principes généraux de droit administratif violés, en ce compris le principe de confiance légitime et d'impartialité.

Le SECM réplique comme suit :

- Il a diligenté l'enquête conformément à la loi et en particulier à l'article 146, §2, de la loi ASSI qui dispose que le SECM procède à toute enquête ou constatation soit d'initiative soit à la demande de son comité, du ministre, etc.
- L'enquête a donné lieu à la rédaction de procès-verbaux de constat, à la note de synthèse et à la demande de moyens de défense.
- Les procès-verbaux furent dressés conformément aux articles 62 et 63 du Code de droit pénal social.
- Les listings informatiques (fichiers contenant les informations nécessaires notamment à l'identification des prestations, des dispensateurs de soins et des bénéficiaires) sont établis conformément à l'article 138 de la loi ASSI et font foi jusqu'à preuve du contraire.
- Les procès-verbaux de constat répondent au prescrit des articles 64 à 67 du Code de droit pénal social.
- Lors de l'enquête, plusieurs courriels ont été échangés entre l'inspectrice et Mme A., suite à l'envoi des procès-verbaux de constat ; cette dernière a pu formuler des remarques.
- Avec l'envoi de la note de synthèse, fut proposé à Mme A. de formuler ses moyens de défense par écrit, comme prescrit par l'article 143, §2, de la loi ASSI ; cette dernière a fait usage de cette possibilité.
- Le dossier était consultable par Mme A.

La Chambre de première instance constate que le SECM a effectué son enquête en respectant les dispositions légales contenues dans la loi ASSI.

La Chambre n'aperçoit pas en quoi les droits de la défense de Mme A. auraient été violés, ni en quoi le SECM n'aurait pas observé les principes de bonne administration.

Au contraire, Mme A. a été entendue relativement aux griefs qui lui sont actuellement reprochés.

Ses droits lui ont été rappelés préalablement à son audition, ce qu'elle a attesté en signant les procès-verbaux d'audition.

La convocation à être entendue précisait l'objet de l'enquête.

Elle a pu correspondre avec l'inspectrice et faire valoir des remarques, suite à l'envoi des procès-verbaux de constat, lesquels reprenaient le détail de toutes les prestations litigieuses.

La note de synthèse lui a été communiquée et elle a pu faire valoir ses moyens de défense écrits.

Elle a eu accès au dossier sur la base duquel les griefs sont articulés.

Elle a pu introduire son recours devant notre Chambre, déposer des pièces et conclure.

Concernant les déclarations du Dr E., Mme A. a pu en prendre connaissance par la consultation du dossier. Il lui était loisible de s'adresser à ce médecin pour solliciter des explications, qu'elle aurait pu produire à la Chambre sous forme d'attestations écrites p. ex. (art. 961, C.J.). La Chambre constate par ailleurs qu'elle n'est saisie d'aucune demande de mesures d'instruction (comparution personnelle, enquêtes,...) qui auraient pu être sollicitées par Mme A. Il appartient à la Chambre d'apprécier si des mesures d'enquête devraient nécessairement être ordonnées d'office, *quod non* en l'espèce, la Chambre s'estimant en mesure de se prononcer en l'état du dossier.

Le fait qu'une plainte ait été déposée en rapport avec la qualité des soins n'a aucune incidence pour l'appréciation des griefs qui sont actuellement à l'examen, relatifs à des prestations non effectuées et à des prestations non conformes aux règles de la nomenclature.

Il n'y a pas le moindre indice de partialité, objective ou subjective, de la part de l'inspectrice ayant diligenté l'enquête.

Ce moyen est dès lors rejeté.

3. Le moyen lié à l'absence de motivation adéquate de la décision du Fonctionnaire-dirigeant (examen des griefs)

Ce moyen revient en réalité à critiquer non seulement la motivation mais aussi et surtout le fondement de la décision du Fonctionnaire-dirigeant.

La Chambre examinera ci-après les différents griefs reprochés à Mme A.

3.1. 1^{er} grief : prestations non effectuées

Il est reproché à Mme A. d'avoir porté en compte des prestations non effectuées (séances de logopédie) concernant un patient. (P.)

Les prestations n'ont pas pu être effectuées car soit le patient était en congé (août 2016), soit Mme A. a dû annuler la prestation (6.10.2016).

Le grief n'est pas contesté et Mme A. a remboursé l'indu (79,40 euros).

La contestation porte sur l'amende (cf. ci-après).

3.2. 2^{ème} grief : prestations non effectuées

Les prestations concernent :

- L'enfant F.

La Chambre estime que le grief est établi.

Sur la période litigieuse (3.12.2014 à 2.10.2015), Mme A. a déclaré trois prestations par semaine (dont une seule par semaine est retenue à grief).

Son explication, suivant laquelle la troisième prestation serait un « rattrapage » de la semaine précédente (lors de laquelle seule une séance a été dispensée) ne peut être admise.

En effet, comme le relève le SECM, les semaines durant lesquelles trois séances sont attestées ne sont pas précédées d'une semaine où une seule séance est attestée.

Cela peut être constaté à l'examen du listing repris aux pages 3 à 7 du procès-verbal de constat du 31.10.2016 (il y a même une semaine où 4 séances ont été attestées : voir semaine du 22.6.2015 en page 6/30 du P.V. de constat ; page n°64 du dossier).

Par ailleurs, l'attestation de la mère de F. (pièce 9 du dossier de Mme A.) ne confirme pas l'explication de Mme A. suivant laquelle les trois séances reprenaient une séance de la semaine précédente. La thèse de Mme A. (« rattrapage ») n'est donc étayée par aucun élément du dossier.

La Chambre en conclut que la troisième séance attestée n'a pas été réalisée et a été portée en compte indûment à l'assurance. Le grief est établi et l'indu (446,58 euros) doit être remboursé.

- L'enfant G.

Au lieu de deux séances d'une demi-heure, Mme A. dispensait une séance d'une heure (double prestation) mais tarifait deux séances d'une demi-heure.

Mme A. admet que cette manière de faire n'est pas autorisée (cf. article 36, § 3bis de la nomenclature) ; elle reconnaît le grief et a remboursé l'indu (132,32 euros). Elle conteste l'amende (cf. ci-dessous).

- L'enfant H.

Il est reproché à Mme A. d'avoir porté en compte deux séances de logopédie par semaine pour cet enfant.

Le père de l'enfant a déclaré à l'inspectrice lors de son audition que les séances avaient lieu une fois par semaine. Durant l'audition, il a téléphoné à son épouse qui a confirmé le fait (voir le procès-verbal d'audition).

La simple dénégation par Mme A. (qui n'apporte aucun élément concret pour attester avoir effectué deux prestations par semaine et contredire ainsi les déclarations des parents²) ne suffit pas à mettre en doute le contenu de cette audition.

Le fait que Mme A. n'ait jamais rencontré les parents de l'enfant est sans incidence. L'inspectrice sociale était parfaitement fondée à collecter des informations auprès de ceux-ci (cf. article 25 du Code de droit pénal social).

Il n'est du reste pas reproché à Mme A. d'avoir « fait durer » les séances avec cet enfant. Le grief est lié au fait d'avoir porté en compte deux séances par semaine alors qu'il est établi par les déclarations des parents qu'une seule séance a eu lieu.

Le grief est établi et l'indu (165,4 euros) doit être remboursé.

3.3. 3^{ème} grief : prestations non conformes

Il est reproché à Mme A. d'avoir porté en compte à l'assurance des prestations de logopédie qui ne répondent pas aux conditions de la nomenclature (infraction visée à l'article 73bis, 2° de la loi ASSI).

Il s'agit de séances de logopédie dispensées à un couple (Mr I et Mme J.) :

- pour Mr I, du 18.12.2014 au 16.12.2015, prestations 701013³ et 711336⁴ ;
- pour Mme J., du 4.8.2014 au 14.10.2014, prestations 711336.

Les prestations correspondent à un remboursement de 3.735,77 euros au total.

La nomenclature prévoit plusieurs conditions pour que la prestation 701013 (séance de bilan d'au moins 30 minutes avant le début d'un traitement de logopédie) puisse être attestée.

Entre autres :

- le bénéficiaire doit présenter un trouble du langage, de la parole ou de la voix dont le traitement est pris en charge par l'assurance ;
- la prestation doit être réalisée sur prescription d'un médecin qui est en possession d'un numéro INAMI actif.

L'article 36, § 4 de la nomenclature prévoit qu'à la demande d'intervention doit être annexée une prescription médicale établie par un prescripteur mentionné dans le tableau repris dans cette même disposition (sauf exception).

² À noter que Mme ... a déclaré ne plus posséder d'agendas de rendez-vous sauf celui de 2016 : cf. audition du 18.8.2016, p. 5/10, pièce n°107 (verso) du dossier.

³ Séance de bilan d'au moins 30 minutes avant le début d'un traitement logopédique.

⁴ Séance individuelle d'au moins 30 minutes au domicile du bénéficiaire.

L'article 36, § 6 dispose que « *l'accord éventuel pour la poursuite du traitement par un logopède est subordonné à la fourniture préalable d'une nouvelle prescription médicale, établie par un prescripteur visé au § 4, 2° , sur base d'un bilan d'évolution logopédique.* » (Nous soulignons).

L'article 36, § 3 stipule que l'intervention de l'assurance est exclue notamment dans les traitements de logopédie :

- de troubles secondaires dus à l'apprentissage d'une langue autre que la langue maternelle ou à une éducation polyglotte ;
- de troubles de la voix tels qu'aphonie ou dysphonie fonctionnelle aiguë, phonasthénie, troubles de la mue de la voix.

L'article 36, §4, 5° et 6° de la nomenclature prévoit que le bilan initial ou d'évolution doit comprendre différentes mentions, dont « *le(s) trouble(s) pour le(s)quel(s) une prolongation du traitement est proposée, nommés dans le respect de la terminologie utilisée dans la nomenclature* ».

Mme A. soutient, d'une part, que les deux patients concernés présentaient « *un trouble vocal chronique, caractérisé par des périodes d'aphonie* » (courriel du 12.9.2016) et, d'autre part, que le médecin-conseil de la mutuelle a donné son accord pour l'intervention.

Dans ses conclusions, elle évoque une « *dysphonie chronique* » et se réfère aux pièces 10 à 14 de son dossier (prescription du Dr E. pour le bilan du 3.10.2013, bilan du 4.10.2013, prescription du Dr E. pour le traitement du 7.10.2013, formulaire de demande d'intervention à la mutuelle et accord du médecin-conseil, courrier d'accord de la mutuelle).

Dans ses bilans d'évolution pour les deux patients, Mme A. présente les troubles comme suit :

- pour Mr I. : « *fatigue vocale caractérisée par des périodes d'aphonie et de dysphonie* » (bilan du 19.12.2015) ; « *périodes d'aphonie et de dysphonie, ce qui entrave ses relations professionnelles⁵ et familiales (...) forçage vocal (...) possibilité de prolongation si la dysphonie ne s'avérait pas encore résolue* » (bilan du 19.12.2014) ;
- pour Mme J., , « *fatigue vocale caractérisée par des périodes d'aphonie* » (bilan du 4.10.2013).

Mme J. écrit quant à elle (lettre du 16.12.2017, pièce 11 de Mme A.) : « *ma voix s'en allait régulièrement et (...) je me retrouvais souvent sans voix* ». Concernant son mari, elle a précisé qu'il avait le même problème qu'elle (« *c'était sa voix qui partait très souvent aussi* »).

Lors de son audition du 18.8.2016, Mme A. a déclaré que Mr I. était suivi « *pour thérapie vocale pour (a)phonie. Lui est plafonneur – rythme 3 x 30 min. pour les 2 parents. C'est le Dr E. qui prescrit pour toute la famille* ».

Concernant Mme J., Mme A. a déclaré : « *suivi(e) pour thérapie vocale pour aphonie. La maman est arrivée enfant en Belgique. Elle n'a pas de travail (...) elle était à la recherche d'un emploi (...) aux enfants ils parlent français et entre eux aussi (...)* ».

⁵ Mr ... travaille comme plafonneur salarié.

Interrogée, Mme J. a déclaré le 29.8.2016 : « *C'est moi qui ai débuté les soins de logopédie parce que parfois ma voix s'en va. Je n'arrive plus à répondre au téléphone. (...) Après cette opération le Dr M(...) m'a conseillé de suivre de la logopédie. J'ai été suivie par la logopède des jumelles (...) Je n'ai pas vu de spécialiste pour avoir le traitement, je faisais avec elle : 3x/sem pendant 2 ans. Pour le moment elle s'occupe de mon mari puisque son travail provoque des problèmes d'yeux, de gorge. Comme cela m'a fait du bien, j'ai fait avec la logopède pour lui. Il n'a pas vu de spécialiste. (...) À la maison on parle français. Il nous arrive de parler marocain entre nous (...). Je payais les séances quand je pouvais et elle faisait le papier pour retoucher pour tout le mois. Je le rendais à la mutuelle et j'étais remboursée de tout (...)* ».

En page 9 de l'annexe 5 jointe à l'audition du Dr E. du 25.10.2016 (pièces n°168 et s. du dossier), figure une prescription médicale de celui-ci du 17.12.2014 pour Mr I., en vue d'un premier bilan de logopédie pour un « *forçage vocal* » (rappelons d'emblée que Mme J. a déclaré que Mr I. « *n'a pas vu de spécialiste* » ; le problème des prescriptions sera examiné aux 4^{ème} et 5^{ème} griefs).

La description des troubles telle qu'elle résulte des différentes pièces du dossier rejoint le cas d'exclusion tel que mentionné ci-avant : « *troubles de la voix tels qu'aphonie ou dysphonie fonctionnelle aiguë* ».

Les prestations ne sauraient dès lors donner lieu à une intervention de l'assurance.

Surabondamment, il ne saurait raisonnablement être admis que les troubles rencontrés par Mr I. constitueraient pour lui un handicap au niveau professionnel (il est plafonneur), lequel justifierait une intervention à charge de l'assurance (cf. article 36, § 2, 1^o de la nomenclature).

Les conditions de la nomenclature ne sont manifestement pas réunies.

Par ailleurs, pour les prestations litigieuses concernant Mr I., la « prescription médicale » du 23.12.2014, prescrivant le traitement de logopédie, non seulement ne reprend pas le cachet du médecin mais, en plus, aucune rubrique n'est cochée dans le tableau (1^{ère} colonne ; voir pièce 18 de Mme A.). Le problème des prescriptions fait l'objet des 4^{ème} et 5^{ème} griefs (voir ci-après).

Le fait que le médecin-conseil d'une mutuelle ait admis le traitement n'a pas pour conséquence que les conditions d'intervention de l'assurance, précisées dans la nomenclature, deviendraient respectées. Le courrier d'acceptation précise d'ailleurs que « *l'intervention sera prise en charge uniquement à la condition que les dispositions relatives au remboursement des prestations dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins de santé soient remplies* » (pièce 10 du dossier de Mme A.).

Les conditions d'intervention de l'assurance n'étant pas remplies, la décision du Fonctionnaire-dirigeant doit être confirmée en ce qu'elle réclame le remboursement de l'indu à Mme A. pour les prestations à Mr I. et Mme J.

3.4. 4^{ème} grief : prestations non conformes

Le Fonctionnaire-dirigeant considère comme non-conformes des prestations de logopédie dispensées par Mme A., au motif qu'elles ont été réalisées sur base de prescriptions médicales irrégulières.

Plus précisément, il s'agit de prestations liées à des prescriptions que le Dr E. n'a pas reconnues comme ayant été établies par lui ; ces prescriptions sont surchargées ou dépourvues de son cachet.

Le Dr E. a ainsi déclaré (pièces n°170 et 171 du SECM), concernant les prescriptions présentées par l'inspectrice sociale⁶ :

*« Je ne mets jamais rien, c'est la logopède qui remplit. C'est souvent mon cachet du
(...)
Ce n'est pas difficile il faut voir si c'est un cachet officiel, soit ... soit au moins un cachet dont je vous montre un exemple pour ... (annexes 2-3) et celui que j'ai toujours avec moi.
(...)
Je vois les patients pour la prescription du bilan (:); si l'examen me semble évident, je dis aux gens que la logo m'enverra le rapport et que j'enverrai la prescription à la logo.
Celle-ci a déjà rempli le document de prescription de séances et je mets mon cachet et signe.
Tous ceux où il n'y a pas le cachet ce n'est pas normal ».*

Dans son audition du 3.11.2016, le Dr E. a précisé :

*« Je vous remets copie de mes cachets (annexes 1-2-3) et copie des nouveaux modèles de prescription logo utilisés depuis quelques mois (annexes 4-5).
Si ce ne sont pas ces cachets-là qui sont retrouvés c'est que je n'ai pas prescrit.
L'exemple que vous me montrez correspond à un vieux cachet que je n'emploie plus.
Il doit s'agir de photocopies de prescriptions (...) ».*

Les prestations et prescriptions concernées sont les suivantes (voir auditions du Dr E. des 25.10.2016 et 3.11.2016 et annexes, en pièces n° 140 et s. du dossier) :

K.

- Prestations du 22.12.2014 au 6.10.2015, pour 1.920,95 euros ;
- La prescription du traitement de logopédie ne reprend pas le cachet du Dr E. lequel est remplacé par une annotation manuscrite dans une écriture distincte du reste de la prescription (surcharge) ;
- Le Dr E. a déclaré à propos de cette prescription : « *j'ai un doute pas de cachet* » ;
- Mme J., mère de K., a déclaré le 29.8.2016 (*in tempore non suspecto*) que ses filles « n'ont pas vu de spécialiste » « à par(t) le Dr L. » (pièce n°235 du dossier) ; dans une attestation écrite du 16.12.2017 (non conforme à l'article 961 du Code judiciaire), elle déclare toutefois être allée chez le Dr E. « *pour avoir les prescriptions et le test auditif* ».

L'absence de cachet ne permet pas de s'assurer de l'identité du prescripteur.

Le procédé consistant à pallier l'absence de cachet par l'ajout, par un tiers, de mentions manuscrites, ne peut pas être admis.

⁶ Prescriptions annexées au procès-verbal d'audition : pièces n°153 et s. du dossier du SECM.

La prestation ne peut être jugée comme conforme lorsque la « *prescription médicale* » est affectée d'une telle irrégularité.

Il appartenait à Mme A. d'inviter le Dr E. à régulariser la situation et non à elle de procéder à des ajouts, surtout pour une caractéristique aussi essentielle que le cachet du médecin.

La Chambre estime en outre qu'il est difficilement crédible que le Dr E. ait pu signer des attestations sans apposer un cachet ; lui-même déclare que les prescriptions sans cachet ne sont pas normales.

Le fait que Mme A. n'ait pas été condamnée au pénal pour faux et usage de faux n'empêche pas le SECM de contester la conformité des prestations de logopédie en raison d'irrégularités de forme affectant la prescription médicale, laquelle est destinée à valider médicalement la nécessité du traitement de logopédie, comme le requiert les dispositions précitées de la nomenclature.

L.

Le raisonnement est similaire que pour K. (cas précité).

La prestation n'est pas conforme en l'absence d'une prescription médicale régulière (absence du cachet du médecin et surcharge).

M.

Les prestations visées s'étendent du 15.4.2015 au 30.12.2015, pour 1.108,18 euros de remboursement à charge de l'assurance.

La prescription litigieuse est datée du 5.4.2015 (dossier du SECM, pièce n°163).

Elle ne porte pas le cachet du médecin et contient une surcharge au niveau des coordonnées du médecin prescripteur (comme pour les deux cas précédents).

Dans son audition (3.10.2016), le père de l'enfant a indiqué qu'il pensait que son enfant n'avait pas vu un spécialiste.

Aucune trace de consultation ORL n'a été trouvée au ... (pièce n°184 du SECM).

Ces éléments permettent de présumer que la prescription n'a pas été réalisée par le Dr E. et qu'elle est donc irrégulière.

N.

La Chambre ne retrouve pas, au dossier du SECM, la prescription litigieuse pour ce cas, de sorte que la position du SECM, faute de justification, ne peut être suivie.

O.

Les prestations litigieuses s'étendent du 4.11.2014 au 18.5.2015.

La Chambre ne retrouve pas, au dossier du SECM, la prescription des prestations pour cette période, de sorte que la position du SECM, faute de justification, ne peut être admise.

En conclusion pour ce 4^{ème} grief, l'indu doit être recalculé à 4.950,08 euros (1.920,95 + 1.920,95 + 1.108,18) au lieu de 6.339,40 euros.

3.5. 5^{ème} grief : prestations non conformes

Dans ses conclusions, le SECM explique que ce cinquième grief, de non-conformité, résulte également de prescriptions non conformes et repose sur les mêmes bases que le quatrième grief.

Le SECM expose qu'après examen des 25 dossiers du ..., en croisant les données de tarification, l'analyse des dossiers en provenance des organismes assureurs et l'analyse des dossiers médicaux, il a pu établir la liste des prestations indues pour non-conformité des prescriptions, dues à des surcharges ou à l'absence de consultation attestée par le Dr E.

L'argumentation du SECM concernant ce dernier grief est particulièrement lacunaire et confuse.

À tout le moins la Chambre ne dispose-t-elle pas d'éléments précis pour comprendre et vérifier le raisonnement du SECM et analyser les pièces sur lesquelles il base ses allégations. Chacun des cas ne fait pas l'objet d'une analyse détaillée et basée sur des documents auxquels il est clairement renvoyé.

Seul l'indu concernant Mr I. (1.290,25 euros, cf. procès-verbal de constat du 18.11.2016, p.6/13) peut être admis, par identité de motifs avec ce qui a été dit concernant le grief n°3 (prestation non conforme, le trouble vocal en question ne donnant pas lieu à intervention de l'assurance). La période litigieuse pour le 5^{ème} grief (à partir du 19 décembre 2015) ne se chevauche pas avec celle déjà concernée par le 3^{ème} grief.

Pour les autres cas, faute de motivation suffisante, ce grief ne saurait être admis. Ce volet de la décision du Fonctionnaire-dirigeant sera dès lors en grande partie réformé.

Pour ce 5^{ème} grief, l'indu est limité à 1.290,25 euros (au lieu de 7.144,91 euros).

3.6. En conclusion, relativement à l'indu

Le détail de l'indu est repris en page 16/16 de la note de synthèse, pour 18.043,78 euros.

Eu égard à ce qui précède, la Chambre réévalue l'indu comme suit :

			Remboursé
1er grief	prestations non effectuées	79,40	79,40
2ème grief	prestations non effectuées	744,30	132,00
3ème grief	prestations non conformes	3.735,77	0,00
4ème grief	prestations non conformes	4.950,08	0,00

5ème grief	prestations non conformes	1.290,25	0,00
	Total	10.799,80	211,40

4. La récupération de l'indu et les sanctions administratives

L'article 73bis de 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 ;

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 ; (...) ».

Suivant l'article 142, § 1^{er} de la même loi :

« 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 :

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 du remboursement en cas d'infraction aux dispositions de l'article 73bis, 2° ».

En l'espèce, il y a tout d'abord lieu de confirmer partiellement la décision du Fonctionnaire-dirigeant concernant l'indu, et de condamner Mme A. à rembourser la valeur des prestations indues, soit 10.799,80 euros au total, en constatant qu'elle a effectué un remboursement partiel de cette somme de 211,72 euros.

En ce qui concerne les amendes administratives, la Chambre rappelle qu'un dispensateur de soins a un devoir de rigueur, de vigilance et de probité et il doit s'informer sur ses obligations légales. Étant habilité à porter des prestations en compte à l'assurance obligatoire soins de santé, il est astreint à une obligation impérative de respect de la réglementation.

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 ni 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 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.

La décision du Fonctionnaire-dirigeant sera confirmée concernant les deux premiers griefs liés aux prestations non effectuées : la Chambre rappelle que le fait de facturer des prestations non effectuées constitue une infraction particulièrement grave de la part d'un dispensateur de soins, collaborateur de l'assurance soins de santé investi d'une grande confiance de la part d'un organisme public. L'amende fixée au montant de 150% est justifiée et proportionnée à la gravité de l'infraction ; le sursis pour 50% peut également être confirmé, tenant compte de l'absence d'antécédents.

En ce qui concerne les prestations non conformes :

- concernant le 3^{ème} grief (non-conformité des prestations concernant les époux I.-J.) et le 5^{ème} grief (non-conformité, mais que la Chambre ne retient que pour le cas de Mr I.), une amende de 50% (au lieu de 100%) est justifiée et proportionnée ; la Chambre tient compte du fait que le médecin-conseil avait donné son accord pour l'intervention de l'assurance, malgré le fait que les conditions de la nomenclature n'étaient pas respectées (ce qu'il appartenait néanmoins à Mme A. de vérifier) ;
- pour le 4^{ème} grief (prestations non conformes en raison de l'irrégularité des prescriptions médicales), la Chambre estime que Mme A. a fait preuve à tout le moins de légèreté et qu'une amende se justifie, à hauteur de 100% comme l'a décidé le Fonctionnaire-dirigeant ;
- pour ces griefs, de non-conformité, un sursis intégral peut être accordé, par souci de modération, eu égard à l'absence d'antécédents et afin d'encourager la prestataire à s'amender et à observer désormais scrupuleusement ses devoirs.

5. Frais et dépens

Les dispositions du Code judiciaire en matière de frais et dépens ne s'appliquent pas dans la procédure devant la chambre de première instance et la chambre de recours (article 144, § 4 de la loi ASSI). Il n'y a dès lors pas lieu de mettre les dépens à charge de l'une ou l'autre partie.

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DE PREMIERE INSTANCE,**

Statuant après un débat contradictoire,

Déclare le recours recevable et partiellement fondé ;

Confirme partiellement la décision du Fonctionnaire-dirigeant ;

Déclare totalement établis les griefs 1, 2 et 3 repris dans la note de synthèse et partiellement établis les griefs 4 et 5, ainsi qu'il est dit ci-avant ;

Réforme partiellement la décision du Fonctionnaire-dirigeant concernant l'indu à rembourser en ce sens que Mme A. est condamnée à rembourser la valeur des prestations indues pour la somme de 10.799,80 euros (au lieu de 18.043,78 euros) ;

Confirme la décision du Fonctionnaire-dirigeant en ce qu'elle constate que Mme A. a effectué un remboursement partiel de l'indu, soit 211,72 euros ;

Confirme également la décision du Fonctionnaire-dirigeant en ce qu'elle condamne Mme A. à payer les amendes suivantes :

- 1^{er} grief : 150% soit 119,10 euros dont 100% (79,40 euros) en amende effective et 50% (39,70 euros) en amende assortie d'un sursis de trois ans ;
- 2^{ème} grief : 150% soit 1.116,45 euros dont 100% (744,30 euros) en amende effective et 50% (372,15 euros) en amende assortie d'un sursis de trois ans ;

Réforme partiellement la décision du Fonctionnaire-dirigeant concernant les amendes pour les griefs 3 à 5 et condamne Mme A. à payer les amendes suivantes :

- 3^{ème} grief : 50% soit 1.867,88 euros ;
- 4^{ème} grief : 100% soit 4.950,08 euros ;
- 5^{ème} grief : 50% soit 645,12 euros
- mais assortit cette condamnation d'un sursis intégral pour un délai d'épreuve de trois ans ;

Confirme la décision du Fonctionnaire-dirigeant en ce qu'elle dit qu'à défaut de paiement des sommes dues dans les 30 jours de la notification de la 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, sont dus, de plein droit, à compter de l'expiration du délai précité.

La présente décision est prise par la Chambre de première instance, composée de Monsieur François-Xavier HORION, Président, Docteurs Dominique VANDIEPENBEECK et Georges DESQUIENS, Mesdames Marie-Claire DEHARD et Dominique DUCHATEAU, membres, assistés de Madame Anne-Marie SOMERS, greffier.

Et prononcée à l'audience du 28 février 2019 par Monsieur François-Xavier HORION, Président, assisté de Madame Anne-Marie SOMERS, Greffier.

Anne-Marie SOMERS
Greffier

François-Xavier HORION
Président