

**DECISION DE LA CHAMBRE DE RECOURS DU 18 AVRIL 2013.**  
**Numéro de rôle FB-005-11**

EN CAUSE DE : Madame A., accoucheuse, praticienne de l'art infirmier – Hospitalière et assimilée ;

Représentée par

Maître B.,  
loco Maître C.,

Appelante ;

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

Intimée ;

I. Faits et rétroactes

1.

Mme A. a obtenu un diplôme d'assistante en soins hospitaliers à la fin de l'année 1992.

Elle a effectué des prestations en tant qu'infirmière salariée et infirmière indépendante jusqu'en 2006, époque à dater de laquelle elle a cessé ses activités pour émarger à l'assurance maladie-invalidité dans les suites d'un accident du travail survenu le 25 février 2005.

En avril 2006, à sa demande, a été créée la SPRL F., fondée par sa mère, la dame G. et par le sieur H. et ce afin de conserver la patientèle et d'officialiser un regroupement.

Ayant toutefois subi un accident de travail en 2005, la dame A. a sollicité une personne qu'elle connaissait depuis longtemps, la dame I., infirmière graduée, afin de prendre en charge l'activité administrative générée par la société ; la dame I. a été engagée par la société dans le cadre d'un contrat d'emploi et a partagé son temps de travail entre le travail administratif et le travail en patientèle sur le terrain.

Bien qu'elle ait émargé au chômage et à l'assurance maladie-invalidité depuis lors, il apparaît que Mme A. a eu une activité pour le compte de la SPRL F. au cours de la période concernée par la présente procédure.

Par décision du 3 février 2009, l'INAMI – Service du contrôle administratif –, ayant constaté que durant la période d'incapacité de travail indemnisée, l'intéressée a exercé une activité sans avoir demandé l'autorisation du médecin-conseil et sans avoir averti la mutualité de sa reprise du travail et ayant rédigé et fait usage d'un faux dans le but de bénéficier indûment des prestations de l'assurance, l'a exclue du droit aux indemnités à concurrence de 205 indemnités journalières.

Cette décision n'a pas été contestée et est définitive.

2.

Une enquête a été entamée par le Service à l'encontre de la dame I., à la suite de la plainte de l'infirmière gérante d'une autre société de soins à domicile concernant des soins remboursés à Mme I. et non à elle-même.

Le Service a constaté que les faits dénoncés concernaient non seulement Mme I. mais également tout le groupement F. auquel elle appartenait. Comme toutes les AGSD de ce groupement étaient signées par Mme A., le Service a décidé de ne retenir aucun grief à charge de Mme I. mais d'ouvrir deux dossiers (vu la période litigieuse chevauchant deux législations différentes) à charge de Mme A., signataire des AGSD.

Au cours de son enquête, le Service a procédé notamment à l'audition de nombreuses personnes, principalement des infirmières et aides soignantes ayant été occupées par la SPRL F.

A l'issue de l'enquête le Service a libellé deux séries de griefs à charge de Mme A. et de la SPRL F. en fonction de la période litigieuse concernée.

En effet, les manquements reprochés s'étalent dans le temps sur une période antérieure et postérieure à l'entrée en vigueur des lois du 13 décembre 2006 portant dispositions diverses en matière de santé, du 21 décembre 2006 portant création de chambres de première instance et de chambres de recours auprès du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI, du 27 décembre 2006 portant des dispositions diverses (I) et du 27 décembre 2006 portant des dispositions diverses (II), dispositions entrées en vigueur le 15 mai 2007.

Le Service a dès lors distingué en deux séries les griefs portant sur des faits antérieurs au 15 mai 2007 et ceux portant sur des faits postérieurs à cette date.

Pour les faits antérieurs au 15 mai 2007, les griefs sont les suivants :

1/ avoir porté en compte à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités des prestations non effectuées (art. 141 § 5, 5<sup>ème</sup> al., a) de la loi du 14 juillet 1994) ;

2/ avoir porté en compte à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités des prestations non conformes à la loi ou à ses arrêtés d'exécution, s'agissant de soins infirmiers effectués à domicile alors que le dossier infirmier est inexistant ce

qui rend ces prestations non remboursables au sens de l'article 8, § 3, 5° de la nomenclature (art. 141 § 5, 5<sup>ème</sup> al., b) de la loi du 14 juillet 1994) ;

3/ avoir porté en compte à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités des prestations non conformes à la loi ou à ses arrêtés d'exécution, s'agissant de prestations de soins d'hygiène non attestables au sens de l'article 8, § 6, 8° de la nomenclature (toilettes incomplètes) (art. 141 § 5, 5<sup>ème</sup> al., b) de la loi du 14 juillet 1994) ;

4/ avoir porté en compte à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités des prestations non conformes en ce sens que s'agissant d'honoraires forfaitaires dits forfaits C visés à la rubrique II du §1<sup>er</sup>, 1° et 2° de l'article 8 de la nomenclature, il n'était pas satisfait à la condition d'une double visite journalière du praticien de l'art infirmier exigée par l'article 8, § 5, 3°, d) ce qui rendait ces derniers non attestables (art. 141 § 5, 5<sup>ème</sup> al., b) de la loi du 14 juillet 1994) ;

5/ avoir porté en compte à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités des prestations non conformes en ce sens que les conditions prévues à l'article 8, § 5, 1° de la nomenclature des prestations de santé relative au degré de dépendance physique requise pour porter en compte les honoraires forfaitaires visés à la rubrique II du § 1<sup>er</sup>, 1° et 2° de l'article 8 de la nomenclature n'étaient pas remplies ce qui rendait ces derniers non attestables (art. 141 § 5, 5<sup>ème</sup> al., b) de la loi du 14 juillet 1994) ;

6/ avoir porté en compte à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités des prestations non conformes à la loi ou à ses arrêtés d'exécution en ce sens qu'il s'agit de prestations de soins qui requièrent la qualification de praticien de l'art infirmier qui ont été effectuées par des personnes non habilitées et portées en compte en violation de l'article 8, § 11, de la nomenclature (art. 141 § 5, 5<sup>ème</sup> al., b) de la loi du 14 juillet 1994) ;

7/ ne pas avoir rédigé les documents administratifs conformément aux règles de la loi ou de ses arrêtés d'exécution s'agissant des mandats exigés par les dispositions de l'article 6, § 14 du règlement du 28/07/2003 portant règlement en matière de soins de santé (art.141§5, 5<sup>ème</sup>al., c) de la loi du 14 juillet 1994).

Pour les faits commis à dater du 15 mai 2007, les griefs sont les suivants :

1/ avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer des documents réglementaires visés dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 ou ses arrêtés d'exécution lorsque les prestations n'ont pas été effectuées ou fournies au sens de l'article 73bis 1° (art. 142, § 1<sup>er</sup>, 1°, de la loi du 14 juillet 1994) ;

2/ avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer des documents réglementaires visés dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans ladite loi, ses arrêtés d'exécution ou les conventions ou

accords conclus en vertu de cette même loi, au sens de l'article 73bis, 2°, s'agissant de soins infirmiers effectués à domicile alors que le dossier infirmier est inexistant ce qui rend ces prestations non remboursables au sens de l'article 8, § 3,5° de la nomenclature (art. 142, § 1<sup>er</sup>, 2°, de la loi du 14 juillet 1994) ;

3/ avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer des documents réglementaires visés dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans ladite loi, ses arrêtés d'exécution ou les conventions ou accords conclus en vertu de cette même loi, au sens de l'article 73bis, 2°, s'agissant de soins d'hygiène non attestables au sens de l'article 8, § 6, 8° de la nomenclature (toilettes incomplètes) (art. 142, § 1<sup>er</sup>, 2°, de la loi du 14 juillet 1994) ;

4/ avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer des documents réglementaires visés dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans ladite loi, ses arrêtés d'exécution ou les conventions ou accords conclus en vertu de cette même loi, au sens de l'article 73bis, 2°, s'agissant d'honoraires forfaitaires dits forfaits C visés à la rubrique II du §1<sup>er</sup>, 1° et 2° de l'article 8 de la nomenclature, il n'était pas satisfait à la condition d'une double visite journalière du praticien de l'art infirmier exigée par l'article 8, § 5, 3°, d) ce qui rendait ces derniers non attestables (art. 142, § 1<sup>er</sup>, 2°, de la loi du 14 juillet 1994) ;

5/ avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer des documents réglementaires visés dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans ladite loi, ses arrêtés d'exécution ou les conventions ou accords conclus en vertu de cette même loi, au sens de l'article 73bis, 2°, en ce sens que les conditions prévues à l'article 8, § 5, 1° de la nomenclature des prestations de santé relative au degré de dépendance physique requise pour porter en compte les honoraires forfaitaires visés à la rubrique II du § 1<sup>er</sup>, 1° et 2° de l'article 8 de la nomenclature n'étaient pas remplies ce qui rendait ces derniers non attestables (art. 142, § 1<sup>er</sup>, 2°, de la loi du 14 juillet 1994) ;

6/ avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer des documents réglementaires visés dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans ladite loi, ses arrêtés d'exécution ou les conventions ou accords conclus en vertu de cette même loi, au sens de l'article 73bis, 2°, en ce sens qu'il s'agit de prestations de soins qui requièrent la qualification de praticien de l'art infirmier qui ont été effectuées par des personnes non habilitées et portées en compte en violation de l'article 8, § 11, de la nomenclature (art. 142, § 1<sup>er</sup>, 2°, de la loi du 14 juillet 1994) ;

7/ avoir commis des manquements relatifs aux formalités strictement administratives qui ne mettent pas en cause les conditions essentielles de remboursement des prestations au sens de l'article 73bis, 7° de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 s'agissant des mandats exigés par les dispositions de l'article 6, § 14 du règlement du 28/07/2003 portant règlement en matière de soins de santé (art. 142, § 1<sup>er</sup>, 7°, de la loi du 14 juillet 1994).

La somme indûment perçue pour l'ensemble de ces faits fut établie à 157 428,43 euros.

3.

Par requête introduite le 4 mars 2010, le Service a demandé à la Chambre de 1<sup>ère</sup> instance de :

- déclarer les griefs établis,
- condamner solidairement Mme A. et la SPRL F. au remboursement de l'indu de 157 428,43 euros,
- condamner Mme A., pour le premier grief, à payer une amende administrative s'élevant à 150 % de l'indu généré par ce manquement, soit la somme de 10 783,30 euros,
- condamner Mme A., pour les griefs 2, 3, 4, 5 et 6, à payer une amende administrative s'élevant à 100 % de l'indu généré par ces manquements, soit la somme de 150 239,56 euros.

Par décision du 7 avril 2011, la chambre de 1<sup>ère</sup> instance a :

- déclaré établis l'ensemble des griefs libellés par le Service,
- condamné solidairement Mme A. et la SPRL F. au remboursement de la valeur des prestations indûment versées, soit la somme de 157 428,43 euros,
- condamné Mme A., pour le premier grief, à payer une amende administrative s'élevant à 175 % de l'indu généré par ce manquement, soit la somme de 13 035,82 euros,
- condamné Mme A., pour les griefs 2, 3, 4, 5 et 6, à payer une amende administrative s'élevant à 125 % de l'indu généré par ces manquements, soit la somme de 187 474,23 euros,
- dit pour droit que les sommes dont Mme A. et la SPRL F. sont redevables portent intérêt de plein droit au taux légal à partir du jour suivant la présentation de la décision, uniquement pour les sommes dues pour les faits antérieurs au 15 mai 1987,

- déclaré la décision exécutoire par provision nonobstant tout recours.

Cette décision a été envoyée aux parties le 11 avril 2011.

## II. L'appel

Par requête reçue le 6 mai 2011, Mme A. a interjeté appel contre la décision de la Chambre de 1<sup>ère</sup> instance.

La SPRL F. n'a pas interjeté appel ; il apparaît qu'elle avait été déclarée en faillite par jugement du tribunal de commerce de ... du 1<sup>er</sup> février 2010.

Dans sa requête d'appel l'appelante développe les moyens suivants :

- vu les périodes d'incapacité de travail qu'elle a connues, du 16 juin 2006 au 10 septembre 2006 et à dater du 26 décembre 2006 jusqu'au 31 juillet 2009, avec une période d'hospitalisation du 4 au 9 mars 2007, elle n'a pu signer les attestations globales de soins donnés (AGSD) ; celles-ci ont été signées par la dame I., qui porte les mêmes initiales qu'elle, lesquelles se retrouvent sur ces documents ;
- plainte a été déposée par le gérant de la SPRL F., le sieur H., et par Mme A. contre la dame I. ;
- les déclarations faites par Mme A. lors des auditions des 5 septembre 2008 et 4 décembre 2008 ne peuvent lui être opposées au titre d'aveux extrajudiciaires, s'agissant essentiellement de formulaires pré-imprimés, l'intéressée ayant stipulé au bas de sa déclaration du 4 décembre 2008 qu'elle ne marque pas son accord et demande un délai de réflexion de 15 jours et ayant contesté les griefs par courrier du 11 mai 2009.

Lors de l'audience du 6 mars 2013, l'appelante a développé l'argumentation suivante :

- elle reconnaît les irrégularités commises mais les impute à Mme I., laquelle a, suivant l'appelante, procédé à la surfacturation, aux faux, aux doublons, ... L'appelante indique que le dossier correctionnel qu'elle dépose confirme cette situation ;
- elle signait en confiance les AGSD préparées par Mme I. ; compte tenu des liens étroits qui les unissaient elle pensait que les prestations étaient correctement renseignées ;
- elle ne faisait que répondre au téléphone au siège de la société ;
- il y a lieu de tenir compte de sa période d'hospitalisation.

### III. Recevabilité

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

Il est donc recevable.

### IV. Fondement

#### Sur la réalité des griefs

L'appel ne porte pas sur la réalité des griefs.

Ceux-ci ont été déclarés établis par la Chambre de 1<sup>ère</sup> Instance dont la décision n'est pas contestée sur ce point.

En tout état de cause les griefs portent sur des irrégularités qui ont été constatées par les enquêteurs et non contestées par Mme A. dans ses déclarations du 5 septembre 2008 et du 4 décembre 2008.

Il est à noter que si l'intéressée, après avoir considéré qu'elle ne devait apporter aucune correction ni ajout à sa déclaration, a signalé ne pas marquer son accord au bas de sa déclaration du 4 décembre 2008, elle a assorti ce désaccord d'une mention signifiant qu'elle réagira dans les 15 jours, ce qu'elle n'a pas fait.

Sa déclaration du 5 septembre 2008 n'était pas assortie de cette mention et contient la reconnaissance de l'existence des irrégularités qui fondent les griefs.

Ces griefs sont, au demeurant, établis par l'enquête à laquelle a procédé le Service, récapitulée dans les notes de synthèse déposées au dossier.

Il y a lieu de confirmer à leur propos la décision de la chambre de 1<sup>ère</sup> Instance, excepté en ce qui concerne le grief n° 7.

En effet, le grief n° 7 est celui qui concerne le manquement visé à l'article 73bis, 7°, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994.

Or, il résulte de l'article 73bis, 7°, de la loi du 14 juillet 1994 que le manquement qu'il vise ne peut être constaté qu'après un avertissement écrit d'un fonctionnaire du Service.

Dans le cas d'espèce, cet avertissement ne figure pas au dossier.

Le grief n° 7 ne peut dès lors être retenu à charge de l'appelante.

## Sur l'imputabilité des griefs

1.

Si Mme A. reconnaît les irrégularités commises, elle les impute toutefois à Mme I. qui était chargée de la gestion quotidienne.

Il est toutefois avéré que les attestations globales de soins donnés (AGSD) portent la signature de Mme A., ce qui la rend responsable du paiement en tiers-payant des prestations qui ont été déclarées et de la façon dont elles ont été déclarées.

2.

Dans sa requête d'appel, Mme A. fait observer qu'elle porte les mêmes initiales que Mme I. et qu'en réalité c'est cette dernière qui a signé les AGSD, les initiales apposées sur ces documents ayant prêté à confusion.

Ce moyen ne peut être retenu car :

- comme la chambre d'appel a pu le constater lors de l'audience, en présence des parties, à l'examen d'un échantillon des AGSD litigieuses, ces documents étaient signés en toutes lettres et non par initiales ; c'est bien le nom de Mme A. qui y figure ;
- dans sa déclaration du 5 septembre 2008, l'appelante a signalé : « je signe toutes les attestations globales de soins donnés (AGSD) établies au nom de F. sans exception » et « j'accepte dès à présent de rencontrer le docteur K. pour finaliser le remboursement volontaire auquel je m'engage en tant que signataire des AGSD » (pièces 242 et 246 dossier du Service);
- dans sa déclaration du 4 décembre 2008, elle indique : « Vous m'expliquez que le PVC n° HT-E/07055201-1 a été établi à ma charge en tant que signataire des attestations globales de soins donnés dans la mesure où j'ai effectivement signé toutes ces attestations de ma main sans disposer (...) de mandats et de documents internes permettant d'identifier l'auteur de chaque soin » (pièce 668 dossier du Service);
- Mme I. a déclaré, dans le même sens, le 7 août 2008, : « Quant à Mme A., (...) et elle signe les attestations globales de soins (AGSD) émises sous le numéro de tiers payant ... » et « Nous savions toutes très bien que c'était Madame A. qui signait les AGSD, lors de la signature du contrat, c'était dit oralement » (pièces 672 et 674 dossier du Service);

- à propos des initiales identiques, Mme I. déclare, au cours de la même audition, :  
« Je signe le plan de soins également de mes initiales ... Avec mes initiales ... on ne peut pas me confondre avec une autre collègue de F. Madame A. a les mêmes initiales que moi, mais elle ne remplit jamais les plans de soins, puisqu'elle n'effectue pas de soins » (pièce 672 dossier du Service).

Il n'est donc pas contestable que Mme A. est la signataire des AGSD qui sont adressées à l'INAMI en vue d'un paiement des prestations par le système du tiers-payant.

3.

L'appelante soutient que la dame I. a reconnu être l'auteur des fausses déclarations, surfacturations et autres irrégularités reprises dans les attestations globales de soins donnés, ce que démontrerait le dossier répressif produit.

Cette assertion est fausse.

On cherche en effet vainement dans ce dossier répressif une telle reconnaissance dans le chef de Mme I.

Il convient de noter tout d'abord que le dossier répressif déposé par l'appelante concerne des infractions de faux et usage de faux à charge de Mme I. ; il a été ouvert par l'introduction d'une constitution de partie civile de M. H. tant en son nom personnel qu'en son nom de gérant de la SPRL F. en date du 20 mai 2009.

Le sieur H., compagnon de Mme A., faisait grief à Mme I. d'avoir falsifié un certificat médical prolongeant son incapacité de travail établi en date du 8 janvier 2009.

Les faits justifiant la constitution de partie civile ne concernent donc en aucun cas ceux dont la présente chambre est saisie. Même si au cours de son audition ordonnée par M. le juge d'instruction, M. H. a exprimé des reproches à l'égard de Mme I. sur sa gestion de la SPRL F., ceux-ci n'ont fait l'objet d'aucune poursuite pénale.

Le ministère public a tracé un réquisitoire de non lieu du chef des préventions de faux et usage de faux, visant le certificat médical d'incapacité de travail, le 17 mars 2011 et la chambre du conseil du tribunal de 1<sup>ère</sup> instance de ... a prononcé une ordonnance de non lieu en date du 15 février 2012. Aucun appel n'a été introduit contre cette ordonnance.

Ensuite, en tout état de cause, Mme I. n'a, dans les déclarations qu'elle a faites dans le cadre de l'instruction de ce dossier, nullement reconnu avoir commis les irrégularités alléguées par M. H., et en tout cas, elle n'a émis aucune déclaration permettant d'exonérer Mme A. de sa responsabilité en tant que signataire des AGSD.

C'est ainsi que Mme I., dans sa déclaration du 21 décembre 2010, précise que si elle avait la tâche d'encoder les soins réalisés dans l'ordinateur et d'établir la facturation en fin de mois avec Madame A., elle n'était pas la seule avoir accès à cet ordinateur qui était situé dans le bureau au domicile de M. H., où Mme A. résidait, et que cette dernière avait un accès très facile à cet ordinateur, ayant par ailleurs suivi en même temps que Mme A. la formation permettant d'utiliser le programme informatique installé pour la facturation des soins.

Dans cette même déclaration, faite dans le cadre de l'instruction judiciaire à la suite de la constitution de partie civile de M. H., Mme I. précise que, dans le cadre de l'enquête pratiquée par l'INAMI (dans le dossier examiné ici) les membres du personnel, avant leur audition, reçurent une explication de M. H. et de Mme A. sur ce qu'il fallait dire et ne pas dire, à peine de recevoir un C 4 de licenciement.

La seule déclaration de Mme I. portant reconnaissance de certains faits est celle du 7 août 2008 dans le cadre de l'enquête du Service par laquelle elle admet que la déclaration d'actes infirmiers posés par Mme A. relève d'erreurs d'encodage. Si elle ne conteste pas dans cette déclaration qu'elle était chargée de l'encodage, d'où l'on peut inférer qu'elle est l'auteure des erreurs d'encodage, encore doit-on admettre d'abord qu'en ce cas aucun élément n'établit que cette erreur fut intentionnelle et ensuite qu'elle portât en tout état de cause sur un nombre très limité de prestations au regard de ce qui est reproché ici à Mme A., et encore peut-on par ailleurs relier cette déclaration avec celle faite dans le cadre du dossier répressif signalant d'une part que certaines pressions ont été effectuées par l'employeur avant la déclaration aux enquêteurs de l'INAMI et d'autre part que Mme A. avait également accès au programme d'encodage (voy. supra).

4.

L'appelante invoque encore qu'elle signait en toute confiance les AGSD préalablement remplies par Mme I. Elle précise qu'elle avait elle-même une activité très limitée pour la SPRL F., s'agissant de répondre au téléphone.

La présente chambre souligne à ce propos que :

- Mme A. n'était nullement ignorante de la réglementation, puisqu'elle a travaillé comme infirmière à domicile jusque fin 1997, en collaboration avec une autre infirmière et ensuite pour son propre compte, qu'elle fut gestionnaire d'un home tout en poursuivant des soins à domicile avec l'aide d'infirmières intérimaires ou de membres du personnel du home (qui tomba en faillite le 3 novembre 1997), qu'elle a ensuite travaillé comme infirmière de nuit à partir de septembre 1998 jusqu'au moment où elle eût un accident de travail le 25 février 2005 tout en maintenant une activité de soins à domicile en tant qu'indépendante ; l'intéressée subit d'ailleurs des enquêtes du Service relatives à des faits similaires à ceux qui sont dans la présente procédure poursuivis sous les griefs n°1 et n°2 ; elle

présente des antécédents à propos de ces griefs (voy. note de synthèse dossier HQ-E/07055201-12, p. 5/56) ;

- Mme A. avait une activité bien plus importante que celle qu'elle évoque devant la présente chambre, et qu'elle cherche à minimiser ; en effet, elle a signalé être l'infirmière responsable du groupe F., le n° de groupement ayant d'ailleurs été attribué à son nom ; elle répond au téléphone, elle répartit les soins à faire entre les infirmières salariées et les infirmières indépendantes, elle signe les attestations de soins globales et établit les ébauches d'horaire pour les infirmières salariées ; elle considère soulager la gérante, la dame I., dans son travail administratif à raison d'un mi-temps (voy. PV d'audition du 5 septembre 2008, pièces 239 à 248 dossier du Service) ; par ailleurs, par décision définitive du 3 février 2009, le service du contrôle administratif de l'INAMI a prononcé une sanction d'exclusion du droit à 205 indemnités journalières à l'encontre de Mme I. pour avoir exercé une activité non déclarée pendant son incapacité de travail et rédigé et fait usage d'un faux document à cet effet ;
- Mme A. devait être d'autant plus attentive aux prestations déclarées sur les AGSD qu'elle savait qu'il y avait souvent des modifications dans les plannings ; elle indique qu'elle établissait les ébauches d'horaire et que ces horaires, ensuite, changent assez fréquemment en fonction des indisponibilités qui surviennent (voy. PV d'audition du 5 septembre 2008, pièce 242 dossier du Service) ; il est clair qu'elle devait donc redoubler d'attention au moment de signer le document qui était ensuite introduit en vue d'obtenir le tiers-payant pour des prestations déterminées effectuées par le personnel nommé précisé ;
- or, on relève l'absence de document permettant d'établir que les prestations ont été réellement effectuées par le praticien de l'art infirmier dont le nom figure en regard de chacune d'elles ; le registre chez F. ne permet pas d'identifier l'infirmière qui a fait le soin. Selon Mme I., « Comme le plan de soins ne permet pas non plus d'identifier formellement l'identité de la personne qui a fait les soins, je suis bien forcée de reconnaître que chez F., il n'existe donc aucun moyen d'identifier formellement la personne qui a fait les soins » (cfr déclaration Mme I. du 7 août 2008, pièce 677 dossier du Service) ; Mme A. confirme en ce sens : « il n'existe, au sein de F., aucun support, papier ou autre, permettant d'établir de manière fiable qui a presté quoi comme soin chez un bénéficiaire » (voy. PV d'audition du 5 septembre 2008, pièce 246 dossier du Service) ; cette dernière n'était ignorante ni de cet état de fait ni de ce qu'il s'agissait d'un manquement ;
- enfin, la société a engagé des aide-soignantes comme salariées ; Mme A. ne pouvait donc ignorer que les soins prodigués par celles-ci ne pourraient être attestés (voy. grief n° 6).

Il résulte de ces éléments que Mme A. signait les AGSD, en prenant, en pleine connaissance de cause, la responsabilité du paiement des prestations en tiers-payant.

Le moyen tiré de l'abus de l'ignorance ou de la naïveté de Mme A., induite en erreur par les documents pré-rédigés par Mme I., ne peut donc être retenu.

5.

L'appelante souhaite également qu'il soit tenu compte de sa période d'hospitalisation.

Or cette période d'hospitalisation, au cours de la période litigieuse, fut de très courte durée, l'intéressée signalant qu'elle fut opérée le 5 mars 2007 pour plastie du ligament croisé antérieur.

L'intéressée a déclaré qu'à la suite de cette opération elle est restée alitée au siège de la société, ce qui lui a permis de continuer son activité de gestion pour la société de mars 2007 à mai 2007 (voy. PV d'audition du 5 septembre 2008, pièces 242-243 dossier du Service).

Il est donc clair que l'hospitalisation de l'intéressée ne l'a pas empêchée de continuer à prester pour le compte de la société.

En tout état de cause les griefs concernent exclusivement les AGSD signées par Mme A.

Ce moyen ne peut être retenu.

6.

Il résulte de ce qui précède que la décision entreprise doit être confirmée en ce qu'elle impute à Mme A. la responsabilité des griefs libellés par le Service.

#### Sur l'indû

Le montant de l'indû retenu par la Chambre de 1<sup>ère</sup> instance doit être confirmé, soit la somme de 157 428,43 euros.

Ce montant n'est pas plus contesté en degré d'appel qu'il ne l'était en degré d'instance.

La décision entreprise doit être au surplus confirmée en ce qui concerne les intérêts de retard.

#### Sur les amendes administratives

En ce que qui concerne les griefs 1 à 6, à la date à laquelle la présente chambre de recours statue, il y a lieu de constater que plusieurs lois se sont succédées dans le temps depuis la date des faits litigieux :

Plusieurs lois se sont succédées dans le temps :

1. A l'époque où les faits litigieux ont été commis, s'agissant de prestations de soins antérieures au 1<sup>er</sup> juillet 2011, les mesures applicables étaient les suivantes :

- Pour le grief n° 1 (prestations non effectuées – non fournies) : 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 de la valeur des prestations concernées (article 73 bis, 1° de l'article 142, § 1<sup>er</sup>, 1°, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994) ;

- Pour le grief n° 2 à 6 (prestations non conformes) : remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé et une amende administrative comprise entre 5 % et 150 % du montant de la valeur des prestations concernées (article 73 bis, 2° et article 142, § 1<sup>er</sup>, al. 1<sup>er</sup>, 2°, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994).

2. La loi du 6 juin 2010 introduisant le Code pénal social (M.B. du 1er juillet 2010, p. 43712), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2011 (article 111 de la loi du 6 juin 2010), a apporté les modifications suivantes :

- Sanction applicable aux dispensateurs de soins (article 225,3° du C.P.S.) : soit une amende pénale de 50 à 500 €, soit une amende administrative de 25 à 250 € (article 101 du CPS), à majorer des décimes additionnels (article 102 du CPS).

3. La loi du 15 février 2012 (M.B. du 8 mars 2012, p. 14.267) a toutefois abrogé l'article 225, 3° du Code pénal social et a modifié l'article 169 de la loi ASSI coordonnée en précisant que « Les infractions sont sanctionnées conformément au Code pénal social, à l'exception des infractions à charge des dispensateurs de soins et des personnes assimilées définies à l'article 2,n), visées et poursuivies conformément aux articles 73, 73 bis, 138 à 140, 142 à 146 bis, 150, 156, 164 et 174. »

La loi du 15 février 2012 est entrée en vigueur le dixième jour suivant celui de sa publication au Moniteur belge, soit le 18 mars 2012.

Dès lors, depuis le 18 mars 2012, les mesures visées au point 1 ci-dessus sont à nouveau d'application.

Trois régimes de sanctions se succèdent dans le temps, le 2<sup>ème</sup> régime étant plus favorable que les 1<sup>er</sup> et 3<sup>ème</sup> régimes, par ailleurs similaires ;

Or, en vertu de l'article 2 du Code pénal, qui instaure un principe général de droit, si la peine établie au temps du jugement diffère de celle qui était portée au temps ou l'infraction fût commise, la peine la moins forte sera appliquée.

Si plus de deux législations se succèdent entre le moment où l'infraction a été commise et le moment où l'infraction est jugée, « (...) le juge appliquera donc la loi la plus douce, quelle qu'elle soit, et alors même qu'elle n'aurait été en vigueur ni lors de la commission de l'infraction ni lors du jugement.

Les travaux préparatoires du Code pénal sont formels à cet égard : « La peine ne se justifiant que par la nécessité, il suffit que, durant un instant, cette nécessité se soit modifiée, pour que le prévenu puisse demander à la société le bénéfice de cette modification » (...) (F. KUTY, Principes généraux du droit pénal, Larcier, Bruxelles, t. 1, 2<sup>ème</sup> éd., 2009, pp.271-272).

Dans un litige où trois lois pénales se faisaient suite, la cour de cassation a en effet estimé que la loi pénale la moins sévère trouvait à s'appliquer, et ce, même s'il s'agissait de la loi intermédiaire.(Cass, 2<sup>ème</sup> ch., 8 novembre 2005, RG P.50915N, disponible sur <http://www.jure.juridat.just.fgov.be>).

Dans le présent litige, la sanction la moins forte est la sanction prévue par le CPS et d'application du 1<sup>er</sup> juillet 2011 au 17 mars 2012 inclus, soit la sanction de niveau 2 constituée d'une amende pénale de 50 à 500 € ou d'une amende administrative de 25 à 250 € (article 101 du CPS), à majorer des décimes additionnels (article 102 du CPS).

Par conséquent, la seule sanction qui peut le cas échéant être infligée en l'espèce, est la sanction de niveau 2 prévue à l'article 101 du CPS soit une amende administrative de 25 à 250 € (article 101 du CPS), majorée des décimes additionnels (article 102 du CPS)

Quant aux décimes additionnels, les articles 2 et 3 de la loi du 28 décembre 2011 portant des dispositions diverses en matière de justice (M.B. du 30 décembre 2011, Ed 4, p. 81669) ont modifié la loi du 5mars1952 relative aux décimes additionnels.

Cette modification a pour conséquence que les décimes additionnels sont portés à 50 au lieu de 45. Cela signifie que le montant des amendes doit être multiplié par 6 (amende administrative de 150 à 1.500 €).

Compte tenu des antécédents relatifs au grief n° 1 et, par ailleurs, la gravité des manquements, la durée de la période infractionnelle, l'importance des sommes concernées, l'absence de remboursement, ainsi que la position évolutive de l'intéressée eu égard aux faits (elle les reconnaît puis cherche à en attribuer la responsabilité à quelqu'un d'autre), la chambre de recours estime qu'il convient d'infliger à Mme A. les amendes les plus fortes, soit 1500 euros pour le grief n° 1 et 1500 euros pour les griefs 2 à 6.

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, de Madame Sophie CARLIER, de Messieurs Maurice ANCKAERT, Claude DECUYPER et Edgard PETERS, membres, assistés de Madame Caroline METENS, greffier,

après en avoir délibéré et statuant contradictoirement,

Madame Sophie CARLIER, Messieurs Maurice ANCKAERT, Claude DECUYPER et Edgard PETERS ayant rendu leur avis sans prendre part à la décision,

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

Dit l'appel recevable et en partie fondé,

Confirme la décision entreprise, sous les émendations suivantes :

- le grief n° 7 n'est pas établi,
- l'amende administrative pour le grief n° 1 est fixée à 1500 euros,
- l'amende administrative pour les griefs n° 2 à 6 est fixée à 1500 euros,

Ainsi prononcé en langue française et en audience publique de la Chambre de recours le 18 avril 2013, à Bruxelles par Monsieur Frédéric KURZ, président, assisté de Madame Caroline METENS, greffier.