

EN CAUSE DE : **Madame A.**, infirmière

ASBL B.

Parties appelantes, représentées par Maître C.

CONTRE : **SERVICE D'ÉVALUATION ET DE CONTRÔLE MÉDICAUX**,
institué au sein de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité,
établi à 1150 Bruxelles, avenue de Tervueren, 211 ;

Partie intimée, représentée par le Docteur D., médecin-inspecteur, et
par Madame E. juriste.

1. PROCEDURE

Le dossier de la Chambre de recours contient notamment les pièces suivantes :

- le recours de Madame A., entré au greffe le 6 avril 2017 ;
- le recours de Madame A. et de l'ASBL B., entré au greffe le 14 avril 2017 ;
- les conclusions en réponse du SECM, entrées au greffe le 5 septembre 2017 ;
- les conclusions en réplique d'appel de Madame A. et de l'ASBL B., entrées au greffe le 7 décembre 2017 ;
- les convocations en prévision de l'audience du 21 juin 2018 ;
- les pièces (inventoriées et numérotées 1. et de 2.1. à 2.9.) de Madame A. et de l'ASBL B., déposées lors de l'audience du 21 juin 2018.

Lors de l'audience du 21 juin 2018, la Chambre de recours entend les parties.

2. OBJET DE L'APPEL - PRETENTIONS DES PARTIES

Dans une requête entrée au greffe le 6 avril 2017, Madame A. interjette appel de la décision du 16 mars 2017 de la Chambre de première instance.

Dans une requête entrée au greffe le 14 avril 2017, Madame A. et l'ASBL B. interjettent appel de la décision du 16 mars 2017 de la Chambre de première instance.

Madame A. et l'ASBL B. demandent à la Chambre de recours de :

- dire le recours recevable et fondé ;
- en conséquence, réformer la décision rendue le 16 mars 2017 par la Chambre de première instance ;
- à titre principal, dire les demandes du SECM non fondées, si recevables, et en débouter le SECM ;
- à titre subsidiaire, procéder à la désignation d'un expert médecin chargé d'une mission consistant à procéder à l'examen des patients visés par le grief

n° 2 du SECM dans le but de déterminer les taux applicables à ces patients en vertu des dispositions applicables à leur dépendance physique et de déterminer le forfait applicable au sens de la réglementation INAMI et réserver à statuer dans l'attente du rapport d'expertise ;

- à titre infiniment subsidiaire, s'il devait être fait droit, en tout ou en partie, aux demandes du SECM, limiter l'amende administrative à 5 % des montants concernés par ces demandes, et faire bénéficier Madame A. d'un sursis total à l'exécution de cette amende pendant un délai d'épreuve à fixer par la Chambre de recours et déclarer le surplus des demandes du SECM non fondé, si recevable.

Le SECM demande à la Chambre de recours de :

- déclarer établis les griefs formulés pour tous les cas cités dans la note de synthèse ;
- condamner solidairement Madame A. et l'ASBL B. au remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé, soit la somme de 86.590,10 euros (article 142, § 1^{er}, 2^o, de la loi assurance soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994) ;
- condamner Madame A. au paiement d'une amende administrative s'élevant à 150 % du montant de la valeur des prestations indues, soit la somme de 129.885,15 euros (article 142, § 1^{er}, 2^o, de la loi assurance soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994) ;
- dire qu'à défaut de paiement des sommes dues par Madame A. et l'ASBL B. dans les trente jours de la notification de la décision de la Chambre de première instance, des intérêts au taux légal en matière sociale, tel que prévu par l'article 156, § 1^{er}, de la loi assurance soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, seront dus, de plein droit, à compter de l'expiration du délai précité.

3. FAITS ET ANTECEDENTS

Il résulte des pièces du dossier que la situation factuelle et les antécédents de la procédure administrative se présentent comme suit.

Madame A., infirmière diplômée depuis 1988, exerce son activité en qualité d'indépendante, au sein de l'ASBL B., laquelle se charge de la perception des honoraires relatifs à ses prestations.

Des procès-verbaux de constat sont dressés en date du 28 janvier 2015 à l'encontre de Madame A. et de l'ASBL B..

En date du 8 octobre 2015, le SECM introduit une requête devant la Chambre de première instance.

Le SECM sollicite que les griefs suivants, développés dans une note de synthèse et articulés sur l'article 73bis, 2°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, soient déclarés établis à charge de Madame A. :

- avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer des documents réglementaires permettant le remboursement des prestations de santé lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, dans ses arrêtés et règlements d'exécution, dans les conventions et accords conclus en vertu de cette même loi, s'agissant de prestations non conformes à l'article 8 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, en raison de l'absence de dossier infirmier conforme à la réglementation, à concurrence de 4.508 prestations, introduites aux organismes assureurs à partir du 1^{er} avril 2013, relatives à 9 assurés et ayant généré un indu de 33.556,50 euros (= grief n° 1) ;
- avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer des documents réglementaires permettant le remboursement des prestations de santé lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, dans ses arrêtés et règlements d'exécution, dans les conventions et accords conclus en vertu de cette même loi, s'agissant de prestations non conformes à l'article 8 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, en ce qui concerne l'évaluation du degré de dépendance des patients (échelle de Katz), à concurrence de 3.612 prestations, introduites aux organismes assureurs à partir du 1^{er} avril 2013, relatives à 8 assurés et ayant généré un indu différentiel, c'est-à-dire abstraction faite du grief n° 1, de 53.033,60 euros (= grief n° 2).

Dans une décision du 16 mars 2017, la Chambre de première instance :

- déclare la demande du SECM recevable et fondée dans la mesure déterminée ci-après ;
- dit pour droit que les griefs formulés pour tous les cas cités dans la note de synthèse du SECM sont établis ;
- condamne solidairement Madame A. et l'ASBL B. au remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé, soit la somme de 86.590,10 euros ;
- condamne Madame A. au paiement d'une amende administrative s'élevant à 150 % du montant de la valeur des prestations indues pour le grief n° 1, soit la somme de 50.334,75 euros, mais dit toutefois qu'il sera sursis au paiement de cette amende à concurrence de 33 % de son montant pendant un délai d'épreuve de trois ans ;

- condamne Madame A. au paiement d'une amende administrative s'élevant à 100 % du montant de la valeur des prestations indues pour le grief n° 2, soit la somme de 53.033,60 euros, mais dit toutefois qu'il sera sursis au paiement de cette amende à concurrence de 50 % de son montant pendant un délai d'épreuve de trois ans ;
- dit que les sommes dont Madame A. et l'ASBL B. sont redevables produiront des intérêts au taux légal en matière sociale à compter de l'expiration du délai de trente jours suivant la notification de la décision, le cachet de la poste faisant foi, à défaut de paiement dans ce délai ;
- dit que la décision est exécutoire de plein droit par provision nonobstant tout recours.

4. POSITION DE LA CHAMBRE DE RECOURS

4.1. Recevabilité

a) En droit

A peine d'irrecevabilité, un recours peut être introduit devant la Chambre de recours dans le mois, à compter de la notification de la décision de la Chambre de première instance, selon l'article 156, § 2, alinéa 1, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

A peine d'irrecevabilité, la requête est datée et signée par la partie requérante et elle contient certaines mentions afférentes à l'identification de la partie requérante, à l'objet du recours et à l'identification de la partie adverse, selon l'article 4 de 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 instituées auprès du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI.

b) En l'espèce

Introduit dans le délai légal et conforme aux modalités réglementaires, l'appel de Madame A. et de l'ASBL B. est recevable.

4.2. Fondement

a) En droit

I. Emploi des langues en matière administrative

Les services centraux utilisent dans leurs rapports avec les particuliers celle des trois langues, dont ces particuliers ont fait usage, selon l'article 41, § 1, des lois du 18 juillet 1966 sur l'emploi des langues en matière administrative.

On entend par services régionaux, au sens des lois du 18 juillet 1966, les services dont l'activité s'étend à plus d'une commune, à l'exclusion de ceux dont l'activité s'étend à tout le pays, selon l'article 32, alinéa 2, des lois précitées.

Il est institué au sein de l'INAMI un Service d'évaluation et de contrôle médicaux, composé d'un service central et des services régionaux au sens de l'article 32 des

lois du 18 juillet 1966, selon l'article 139, alinéa 1, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

Tout service régional dont l'activité s'étend exclusivement à des communes sans régime spécial de la région de langue française ou de langue néerlandaise et dont le siège est établi dans cette région utilise exclusivement la langue de sa région dans ses rapports avec les particuliers, sans préjudice de la faculté qui lui est laissée de correspondre avec les particuliers résidant dans une autre région linguistique dans la langue dont les intéressés font usage, selon l'article 33, § 1, alinéa 3, des lois du 18 juillet 1966.

Tout service régional rédige dans la langue de sa région les actes qui concernent des particuliers, ainsi que les certificats, déclarations et autorisations qu'il délivre aux particuliers ; tout intéressé qui en établit la nécessité peut s'en faire délivrer une traduction, selon l'article 33, § 1, alinéa 4, des lois du 18 juillet 1966.

II. Infraction

Il est interdit aux dispensateurs de soins et assimilés de rédiger, faire rédiger, délivrer ou faire délivrer les documents réglementaires permettant le remboursement des prestations de santé 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, selon l'article 73*bis*, 2°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

Les infractions visées dans la disposition précitée relèvent des infractions non intentionnelles, qui ne supposent pas un dol, et plus précisément des infractions réglementaires, qui ne requièrent aucun manque de vigilance, de prudence ou de précaution et qui sont punissables par le seul fait de la transgression d'une disposition légale ou réglementaire, à condition que ladite transgression soit commise librement et consciemment.

L'existence d'une cause de justification s'oppose à ce qu'une infraction réglementaire puisse être imputée à son auteur et, par conséquent, entraîner une sanction dans le chef de celui-ci.

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 des circonstances que l'auteur de l'infraction a agi comme l'aurait fait toute personne raisonnable et prudente¹.

La complexité de la législation en vigueur ne peut toutefois être source d'une erreur invincible².

De plus, un prestataire de soins a un devoir de vigilance et doit s'informer sur la manière d'attester et de prescrire les soins qu'il dispense³.

¹ Cass. (1^e ch.), 16 septembre 2005, rôle n° C.040276.F, <http://jure.juridat.just.fgov.be>.

² C. HENNEAU et J. VERHAEGEN, *Droit pénal général*, Bruylant, Bruxelles, 1991, p. 338.

³ C.E., arrêt n° 100.814, 14 novembre 2001, inédit.

Sans préjudice d'éventuelles sanctions pénales et/ou disciplinaires, 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 sont appliqués aux dispensateurs de soins et assimilés qui ne se conforment pas aux dispositions de l'article 73bis, 2°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, selon l'article 142, § 1^{er}, alinéa 1, 2°, de la même loi.

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, selon l'article 164, alinéa 2, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

La Chambre de première instance et la Chambre de recours peuvent décider qu'il sera sursis, en tout ou en partie, à l'exécution des décisions infligeant les amendes, selon l'article 157, § 1, alinéa 1, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

L'octroi du sursis est par conséquent laissé à l'appréciation du Fonctionnaire-dirigeant, de la Chambre de première instance ou de la Chambre de recours.

Le sursis, d'une durée d'une à trois années, peut être accordé lorsque dans les trois ans précédant le prononcé, aucune amende administrative n'a été infligée et qu'aucun remboursement de prestations indues n'a été imposé à l'intéressé par une instance administrative ou juridictionnelle instituée au sein ou auprès de l'Institut, selon l'article 157, § 1, alinéa 2, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

Les sommes dues sont payées dans les trente jours de la notification des décisions visées à l'alinéa 1^{er} ; à défaut de paiement dans ce délai, les sommes restant dues produisent, de plein droit, des intérêts au taux d'intérêt 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, selon l'article 156, § 1^{er}, alinéa 2, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

b) En l'espèce

Les parties appelantes formulent un moyen relatif à la violation des lois du 18 juillet 1966 sur l'emploi des langues en matière administrative, en considérant que « *Le fait pour l'administration d'avoir choisi la langue néerlandaise et d'avoir adressé le procès-verbal de constat et les documents y relatifs en langue néerlandaise contrevient dès lors aux dispositions de cette législation impérative et aurait dû entraîner la nullité de cette procédure, la fourniture d'une traduction en langue française par la suite ne pouvant être de nature à remédier à cette irrégularité* ».

Il convient de relever que, lors de l'enquête, Madame A. a eu des contacts avec le service provincial du Brabant flamand du SECM, lequel est un service régional au

sens de l'article 32 des lois du 18 juillet 1966 sur l'emploi des langues en matière administrative.

Madame A. est domiciliée à ..., qui est une commune sans régime spécial de la région de langue néerlandaise.

Le procès-verbal de constat et l'invitation de remboursement volontaire devaient dès lors être rédigés en néerlandais, conformément à l'article 33 des lois du 18 juillet 1966 sur l'emploi des langues en matière administrative.

La Chambre de recours rejette le moyen relatif à la violation des lois du 18 juillet 1966 sur l'emploi des langues en matière administrative.

Il convient d'examiner si les infractions, basées sur l'article 73bis, 2°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 et visées par le SECM sous forme des griefs n° 1 et n° 2, ont été commises par Madame A. et lui sont imputables.

En ce qui concerne le grief n° 1, seuls les dossiers infirmiers transmis par Madame A. avant l'établissement du procès-verbal de constat, soit *in tempore non suspecto*, peuvent être pris en considération.

Les dossiers infirmiers envoyés ultérieurement comportent des ajouts et des modifications, qui ne figuraient pas sur les documents envoyés dans un premier temps, en manière telle qu'ils édulcorent la version des dossiers infirmiers tels qu'ils existaient au moment du contrôle.

Les dossiers infirmiers qui sont pris en considération par la Chambre de recours ne comportent ni l'évaluation des soins, ni les mentions afférentes aux soins effectués chaque jour et à l'identification du véritable prestataire des soins (dès lors que les patients ont déclaré que Madame A. se faisait remplacer).

De manière surperfétatoire, il convient de constater que les dossiers infirmiers « toilettés » et envoyés après l'établissement du procès-verbal de constat, que la Chambre de recours ne prend pas en considération, ne comportent de toute manière pas les mentions afférentes aux soins effectués chaque jour et à l'identification du véritable prestataire des soins, étant donné que les extraits de facturation ne constituent pas des mentions des dossiers infirmiers.

Le grief n° 1 est établi.

En ce qui concerne le grief n° 2, la Chambre de recours constate que Madame A. n'a nullement fait application des directives de l'INAMI et a usé de directives propres qui s'en écartaient, ce que, d'ailleurs, l'intéressée ne conteste pas.

Il ressort, d'une part, des déclarations des assurés et de leurs médecins traitants, d'autre part, des constatations effectuées par le SECM, que Madame A. a procédé à une surévaluation du niveau de dépendance des patients, notamment en regard des critères « continence », « transfert et déplacement » et « aller à la toilette », et ce dans tous les cas repris dans la note de synthèse.

La désignation d'un expert n'est pas justifiée, dès lors que Madame A. reconnaît ne pas avoir fait application des directives de l'INAMI et avoir usé de directives propres qui s'en écartaient.

Le grief n° 2 est établi.

La Chambre de recours estime dès lors que l'indu doit être remboursé par Madame A. et par l'ASBL B. et qu'une amende administrative doit être infligée à Madame A., pour chacun des griefs.

Dans son appréciation de l'amende administrative et du sursis, la Chambre de recours estime devoir tenir compte conjointement des éléments suivants :

- la gravité des infractions, eu égard à la violation de la législation afférente à l'assurance soins de santé, a fortiori dans le chef d'un acteur fondamental de la sécurité sociale, soit un dispensateur de soins ;
- le volume des sommes portées en compte de l'assurance soins de santé, vu que l'indu s'élève à la somme de 86.590,10 euros ;
- l'absence de remboursement volontaire ;
- l'absence d'antécédents dans le chef de Madame A. ;
- l'absence de mise en place délibérée d'un système frauduleux.

Il en résulte que la Chambre de recours considère que des amendes de 100 %, et non de 150 %, comme le revendique le SECM, sont justifiées, moyennant un sursis qui porte sur 50 % des montants des amendes durant un délai d'épreuve de trois ans.

Dans ces conditions, l'appel n'est pas fondé et la décision du 16 mars 2017 doit être confirmée, en ce que la Chambre de première instance :

- déclare la demande du SECM recevable et fondée dans la mesure déterminée ci-après ;
- dit pour droit que les griefs formulés pour tous les cas cités dans la note de synthèse du SECM sont établis ;
- condamne solidairement Madame A. et l'ASBL B. au remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé, soit la somme de 86.590,10 euros ;
- condamne Madame A. au paiement d'une amende administrative s'élevant à 100 % du montant de la valeur des prestations indues pour le grief n° 2, soit la somme de 53.033,60 euros, mais dit toutefois qu'il sera sursis au paiement de cette amende à concurrence de 50 % de son montant pendant un délai d'épreuve de trois ans ;
- dit que les sommes dont Madame A. et l'ASBL B. sont redevables produiront des intérêts au taux légal en matière sociale à compter de l'expiration du délai de trente jours suivant la notification de la décision, le cachet de la poste faisant foi, à défaut de paiement dans ce délai ;
- dit que la décision est exécutoire de plein droit par provision nonobstant tout recours.

En revanche, l'appel est fondé dans la mesure où, en ce qui concerne l'amende administrative afférente au grief n° 1, la Chambre de recours estime que Madame A. doit être condamnée au paiement d'une amende s'élevant à 100 % du montant de la valeur des prestations indues, soit la somme de 33.556,50 euros, assortie d'un sursis à concurrence de 50 % de son montant pendant un délai d'épreuve de trois ans.

4.3. Caractère exécutoire

a) En droit

Les décisions de la Chambre de recours sont exécutoires de plein droit par provision, nonobstant tout recours, selon l'article 156, § 1^{er}, alinéa 1, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

Dans le cas où le débiteur ne s'acquitte pas des sommes dues, les organismes assureurs en application de l'article 206*bis*, § 1^{er}, ou l'Administration générale de la perception et du recouvrement en application de l'article 206*bis*, § 2, peuvent être chargés du recouvrement des montants dus, selon l'article 156, § 1^{er}, alinéa 3, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

b) En l'espèce

La présente décision est exécutoire de plein droit par provision, nonobstant tout recours.

POUR CES MOTIFS,

LA CHAMBRE DE RECOURS,

Reçoit l'appel.

Dit que l'appel est fondé dans la mesure déterminée ci-après.

Réforme la décision de la Chambre de première instance du 16 mars 2017 en ce qui concerne l'amende administrative afférente au grief n° 1.

Condamne Madame A., pour le grief n° 1, à payer une amende s'élevant à 100 % du montant de la valeur des prestations indues, soit la somme de 33.556,50 euros, assortie d'un sursis à concurrence de 50 % de son montant pendant un délai d'épreuve de trois ans.

Confirme la décision de la Chambre de première instance du 16 mars 2017 pour le surplus.

Dit que la présente décision est exécutoire de plein droit par provision, nonobstant tout recours.

La présente décision est rendue, après délibération, par la Chambre de recours instituée auprès du Service d'évaluation et de contrôle médicaux, composée de:

Monsieur Christophe BEDORET, président,
Monsieur Edgard PETERS, membre,
Docteur Marie-Anne RAIMONDI, membre.

La présente décision est prononcée à l'audience du 5 octobre 2018 par Monsieur Christophe BEDORET, président, assisté de Madame Isabelle WARNOTTE, greffier.

Isabelle WARNOTTE
Greffier

Christophe BEDORET
Président