

EN CAUSE DE : **Monsieur A.**
Praticien de l'art infirmier

Comparaissant en personne et assisté de Maître B., loco 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 ;

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

Exposé des faits - antécédents :

M. A. exerce son activité dans les liens d'un contrat de travail avec la clinique ... dans le cadre d'un 3/4 temps et exerce une activité d'indépendant en personne physique à titre complémentaire ; il se charge des soins à domicile d'une dizaine de patients dont un sieur F.

Le SECM a procédé à une enquête concernant les prestations attestées par M. A. entre le 04.03.2013 et le 02.06.2014.

Il s'agissait d'une enquête « *thématique* » qui a mené au contrôle des infirmiers ayant attesté des soins pour des personnes disposant à fois d'une alimentation entérale et parentérale.

C'était le cas de Monsieur A., s'agissant de M. F.

Dans le cadre de cette enquête, le SECM a entendu M. A., le Docteur G. (médecin traitant de M. F.), Mme H. (pharmacienne), M. I. (infirmier remplaçant occasionnellement M. A.) et l'épouse de M. F.

Le 9 février 2015, un procès-verbal de constat (PVC) a été établi concernant un grief lié à des prestations **non conformes** à la loi ASSI (article 73bis, 2° de la loi ASSI) et en particulier, à la nomenclature des soins de santé (arrêté royal du 14 septembre 1984) car le contenu minimal du dossier infirmier n'était pas rencontré.

Le grief est retenu sur la base des articles 8, §2, 8, §3, 8, §4 et 8, §9 de la nomenclature.

Le SECM dressa une note de synthèse portant le n° E/... communiquée par courrier du 29.06.2015.

La note de synthèse précise que ce grief est lié à deux motifs :

- absence du contenu de la prescription médicale pour le soin (articles 8, §2 à 8, §4),
- absence des plans de soins (contenu de la planification et évaluation des soins) (articles 8, §4 et 8, §9).

Ce grief concerne 516 prestations attestées (prestations techniques spécifiques (code 425375) et prestations techniques spécifiques week-end et jours fériés (code 425773)) pour

1 assuré et couvrant la période du 1er janvier 2013 au 31 mai 2014, pour un montant de 23.594,18 EUR (indu total).

Aucun remboursement n'a, à ce jour, été effectué.

Par décision du 25.11.2015, le Fonctionnaire-dirigeant :

- déclarait le grief établi ;
- condamnait M. A. à rembourser la valeur des prestations indues s'élevant à 23.594,18 euros ;
- condamnait M. A. à une amende administrative de 150% du montant des prestations litigieuses dont 100% du montant des prestations litigieuses en amende effective (soit 23.594,18 euros) et 50% du montant des prestations litigieuses assorti d'un sursis de 3 ans (soit 11.797,09 euros).

Par requête du 06.01.2016, M. A. demandait à la Chambre de première instance :

- à titre principal : d'annuler la décision du 25 novembre 2015 ;
- à titre subsidiaire : de supprimer l'amende administrative ;
- à titre encore plus subsidiaire : de réduire l'amende administrative à 5 % du montant de la valeur des prestations et d'accorder un sursis pour la totalité de l'amende.

Par décision du 18.07.2017, la Chambre de première instance :

- déclarait la demande de M. A. recevable mais non fondée ;
- dit pour droit que le grief unique formulé dans la note de synthèse du SECM était établi ;
- condamnait M. A. au remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé, soit la somme de **23.594,18 EUR** ;
- condamnait M. A. au paiement d'une amende administrative s'élevant à **150 %** du montant de la valeur des prestations indues pour ce grief unique, soit la somme de **35.391,27 EUR**, 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 3 ans ;
- dit que les sommes dont M. A. est redevable 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.

Par requête du 11.09.2017, M. A. interjetait appel de la décision du 18.07.2017.

Recevabilité de l'appel :

L'appel, régulier dans la forme et dans le temps est recevable, sa recevabilité n'étant d'ailleurs pas contestée.

Discussion :

a) Eléments matériels constitutifs des infractions - remboursement de l'indu – principes :

En application de l'article 142, §1, 2° de la loi coordonnée le 14.07.1994 (pour les faits commis à partir du 15.05.2007), le dispensateur de soins qui porte en compte à l'assurance soins de santé des prestations non conformes ou non effectuées est sujet au remboursement de la valeur des prestations concernées.

Il suffit que les éléments matériels constitutifs d'une infraction "réalité" ou "conformité" (comme c'est le cas en l'espèce) basée sur l'article 73bis de la loi coordonnée le 14.07.1994 soient établis pour entraîner une obligation de remboursement de l'indu sans qu'aucun élément moral ne soit requis.

L'existence d'une éventuelle cause de justification (contrainte, erreur, force majeure, etc.) ne fait pas disparaître l'obligation de remboursement de l'indu et ne peut avoir d'incidence, le cas échéant, que par rapport à une éventuelle amende administrative.

Lorsque des prestations sont portées en compte de l'assurance soins de santé en violation de l'arrêté royal du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, un remboursement de la valeur des prestations s'impose d'autant plus que les conditions d'intervention de l'assurance soins de santé sont d'ordre public et d'interprétation stricte.

Par ailleurs lorsque les prestations ont été perçues pour son propre compte par une personne physique ou morale, celle-ci est tenue solidairement au remboursement avec le dispensateur de soins en vertu de l'article 164, al. 2 de la loi coordonnée le 14.07.1994.

Le Conseil d'Etat a rappelé qu'il n'appartenait pas au prestataire de soins, fût-ce sous couvert d'interprétation téléologique, de modifier la nomenclature, de telles modifications ne pouvant être apportées que par les autorités compétentes et selon les procédures prévues par les dispositions législatives et réglementaires ayant pareil objet (C.E., arrêt n° 130.202 du 9 avril 2004, inédit).

Le non-respect de la nomenclature des prestations de soins de santé contraint dès lors le prestataire de soins à rembourser le montant des prestations indûment portées en compte de l'assurance soins de santé.

b) Examen du grief unique : la tenue incomplète du dossier infirmier :

b.1) Principes :

Il convient de distinguer le dossier infirmier qui contient notamment la planification et l'évaluation des soins donnés, qui peut être tenu de manière électronique, des attestations de facturations qui doivent, en application dudit article, être porteuses de la signature manuscrite du prestataire de soins.

L'article 73bis, 2° de la loi ASSI énonce 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 :

(...)

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. »

L'article 8 de la nomenclature concerne les soins infirmiers.

Les articles 8 §2, 8 §3, 8 §4 et 8 §9 de la nomenclature disposent ce qui suit :

- **article 8 §2**

« Les prestations suivantes ne sont remboursées que si elles ont été prescrites par un médecin : (...) les prestations techniques spécifiques de soins infirmiers (...). Cette prescription doit mentionner la nature des prestations, leur nombre et leur fréquence. Elle ne peut être limitée à la seule mention du numéro de nomenclature, mais doit contenir les données nécessaires pour identifier les soins portés en compte. Pour les prestations 425736 et 425751, la prescription doit mentionner, au lieu du nombre de prestations, la période sur laquelle elle porte ; cette période est de maximum un an ; la prescription est renouvelable. Lorsqu'il s'agit de l'administration de médicaments et de solutions médicamenteuses, la prescription doit en outre mentionner la nature et la dose des produits à administrer. Lorsqu'il s'agit d'une alimentation parentérale ou entérale ou de perfusions, la prescription doit en outre mentionner le débit et la quantité par 24 heures. »

- **article 8 §3**

« Aucuns honoraires ne sont dus : (...) »

5° lorsque le dossier infirmier mentionné dans cet article n'existe pas ou si le contenu minimal décrit au § 4, 2° de cet article n'est pas mentionné dans ce dossier. »

- **article 8 §4 2°**

« Le contenu minimal du dossier infirmier comporte au moins :

- les données d'identification du bénéficiaire ;*
- l'échelle d'évaluation telle que prévue au § 5 chaque fois que la nomenclature l'exige ;*
- le contenu de la prescription telle que prévue au § 2 (copie ou transcription de la prescription en cas de dossier automatisé) chaque fois que la nomenclature l'exige ;*
- les données d'identification du prescripteur chaque fois que la nomenclature l'exige ;*
- l'identification des soins infirmiers effectués au cours de chaque journée de soins ;*
- l'identification des praticiens de l'art infirmier qui ont dispensé ces soins ;*
- la mention relative à la continence visée au § 6, 4° ; chaque fois que la nomenclature l'exige. »*

(...)

"Lorsque les soins infirmiers dispensés au bénéficiaire comportent des prestations spécifiques techniques de soins infirmiers, décrites à la rubrique III du § 1er, 1° ; 2° ; 3° et 3°bis de cet article, ou des soins de plaie(s) spécifiques, décrits au § 8, 1° de cet article ou d'autres prestations décrites au § 1er, 1° ; V, VI et VII et au § 1er, 2° ; V et VI, ou lorsque les soins sont dispensés dans le cadre des honoraires forfaitaires par journée de soins pour les patients palliatifs, décrits à la rubrique IV du § 1er, 1° et 2° de cet article, le contenu minimal du dossier infirmier comporte alors, en plus des éléments des deux premiers alinéas de cette disposition, également :

- les éléments spécifiques pour ces prestations fixés dans cet article. Dans les hypothèses visées à l'alinéa 6, par dérogation à l'alinéa 3 et à l'exception des prestations du § 1er, 1° ; VI et VII, et du § 1er, 2° ; VI, les éléments relevant concernant la planification et l'évaluation des soins mentionnées dans le deuxième alinéa doivent être mentionnés au moins chaque semaine dans le dossier infirmier. Pour ce paragraphe, la semaine s'entend du lundi 0 heure au dimanche 24 heures. La planification et l'évaluation des soins doivent répondre, au niveau de leur contenu, à une directive fixée par le Comité de l'assurance soins de santé sur proposition de la Commission de conventions praticiens de l'art infirmier - organismes assureurs. La tenue du dossier n'est pas liée à des conditions de forme (le dossier automatisé est autorisé). Sans préjudice des délais de conservation imposés par d'autres législations, le dossier infirmier doit être conservé pendant une période d'au moins cinq ans. »

Suivant la **directive du 23 mai 2011** concernant le contenu de la planification et de l'évaluation :

« Le plan de soin comprend au minimum la fréquence des différents actes infirmiers qui doivent être exécutés, y compris le moment recommandé. Si besoin est, des instructions supplémentaires sur l'adaptation des soins à la personne sont mentionnées. Le planning d'une précédente période peut être confirmé ou prolongé, adapté ou cessé.

L'évaluation du soin presté est réalisée sur base des observations constatées. Ces observations sont consignées au moment de l'exécution du soin. Il est également important de définir les observations indispensables que l'infirmier doit réaliser et de connaître les scores des différents items de l'échelle d'évaluation relative à la dépendance qui est utilisée. L'évaluation du soin résulte de la confirmation ou de la prolongation, de l'adaptation ou de la cessation du plan de soins, ou de la révision des problèmes du patient ».

- **article 8 §9**

« Précisions relatives aux prestations techniques spécifiques de soins infirmiers visées à la rubrique III du § 1er, 1° ; 2° ; 3° et 3°bis:"

"Les prestations 425375, 425773, 426171 et 429155 ne peuvent être attestées qu'une fois par journée de soins ; il s'agit d'honoraires forfaitaires couvrant l'ensemble des actes techniques spécifiques qui requièrent la qualification d'infirmier gradué ou assimilé, d'accoucheuse ou d'infirmier breveté.

"Pour ces prestations, l'infirmier gradué ou assimilé, l'accoucheuse ou l'infirmier breveté notifie au médecin-conseil les éléments suivants :

- a) le numéro INAMI de l'infirmier gradué ou assimilé, de l'accoucheuse ou de l'infirmier breveté qui établit la notification ;*
- b) le numéro INAMI du prescripteur ;*
- c) le numéro d'inscription de sécurité sociale (NISS) du bénéficiaire ;*

d) le type de prestation ;

e) la date de début et la date de fin de la période."

Le type de prestation désigne soit la mise en place et/ou surveillance des perfusions (intraveineuses ou sous-cutanées), soit l'administration et/ou surveillance de l'alimentation parentérale.

Le plan de soin, établi par l'infirmier gradué ou assimilé, l'accoucheuse ou l'infirmier breveté, est conservé à disposition du médecin-conseil dans le dossier infirmier. Il le fournit au médecin-conseil à sa demande. »

Les articles 6 et 6bis de l'arrêté royal du 28.07.2003 relatif au règlement portant exécution de l'article 22,11° de la loi ASSI traitent des attestations de soins et de fournitures.

L'article 6, §1 reprend la liste des documents devant être remis à l'organisme assureur en vue d'obtenir le remboursement de l'assurance soins de santé.

L'article 6, §2 de ce règlement énonce quant à lui que :

« (...) Pour les prestations de l'article 8 de la nomenclature qui ne sont remboursées que si elles ont été prescrites par un médecin, la prescription doit être jointe à l'attestation de soins donnés sauf :

- lorsqu'il s'agit des prestations dans le cadre des honoraires forfaitaires par journée de soins pour des bénéficiaires lourdement dépendants et/ou

- lorsque l'obligation de fournir l'attestation de soins donnés à l'organisme assureur n'est pas d'application.

Dans ces cas la prescription doit être conservée dans le dossier infirmier pendant une période d'au moins cinq ans. »

b.2) Application au cas d'espèce :

Le SECM soutient que le contenu minimal du dossier infirmier n'est pas rencontré et ce pour deux motifs :

- 1) absence de copie de prescription ou de transcription de prescription ;
- 2) absence de plan de soins.

b.2.1) Absence de copie de prescription ou de transcription de prescription :

Le premier manquement reproché à M. A. consiste à avoir attesté des prestations non-conformes étant donné l'absence de copie de prescription complète ou de transcription complète de la prescription au dossier infirmier.

M. A. conteste ce reproche et souligne utiliser le logiciel *Infipius*, agréé par le SPF Santé publique et que « *ce programme prévoit expressément l'encodage des informations contenues sur les prescriptions médicales* ».

Force est cependant de constater que M. A. n'a pas complété toutes les rubriques prévues par le logiciel.

Ainsi il n'y a ni prescription complète ni transcription complète de la prescription au dossier infirmier.

M. A. dépose le « *print screen d'une page informatique du dossier médical de Monsieur F.* » (pièce 3 de son dossier). Cette pièce n'est cependant pas probante.

Elle mentionne en effet uniquement les périodes pour lesquelles Monsieur A. a délivré des attestations de soins. La page déposée ne constitue pas le dossier infirmier de Monsieur F.

Lors de son audition du 30.01.2015, M. A. a admis qu'il ne demandait plus de prescription au médecin traitant depuis le mois d'octobre 2014 et qu'il n'avait plus en sa possession que les prescriptions du 02.07.2014 et du 02.10.2014, les précédentes ayant, selon lui, été renvoyées à la mutuelle.

Cependant en vertu de l'article 6, §2 du règlement portant exécution de l'article 22, 11° de la loi ASSI, la prescription ne doit pas être jointe à l'attestation de soins « *lorsqu'il s'agit des prestations dans le cadre des honoraires forfaitaires par journée de soins pour des bénéficiaires lourdement dépendants* », ce qui était le cas en l'espèce. Dans ce cas, « *la prescription doit être conservée dans le dossier infirmier pendant une période d'au moins cinq ans* ».

Renseignement pris auprès de la mutuelle du patient, il fut constaté l'absence de toute prescription pour la période allant du 01.01.2013 au 31.05.2014.

La prescription du 02.07.2014 produite par M. A. n'est pas conforme à la nomenclature puisqu'elle n'indique pas le débit et la quantité par 24H.

M. A. s'abstient donc de démontrer qu'il tenait un dossier infirmier reprenant la copie ou la transcription complète des prescriptions pour le patient F.

Tout laisse donc à penser que les prestations de Monsieur A. ont été effectuées sans la moindre prescription médicale.

Le dossier infirmier est également quasiment dépourvu de la mention des perfusions parentérales qui auraient été administrées à M. F. alors que selon M. A., celui-ci était perfusé quotidiennement.

La réalité même de cette perfusion parentérale quotidienne peut en outre être sérieusement remise en doute dès lors que :

- aucune source de livraison de nourriture parentérale n'a pu être mise en évidence pour des quantités telles que décrites par M. A. (pharmacies, firme, etc...)
- l'affirmation selon laquelle les perfusions se faisaient avec des échantillons fournis par la firme ... n'est nullement étayée et apparaît irréaliste dès lors qu'elle concernerait plusieurs centaines de perfusions par an ;
- ces perfusions parentérales n'apparaissent pas justifiées sur le plan médical puisque M. F. bénéficiait déjà d'une alimentation entérale via une sonde à l'estomac ;
- il n'y avait pas de trace de perfusion au bras de M. F. le jour de la visite des inspecteurs ;
- les déclarations des Dr J. et G. sont pour le moins évasives. Ainsi lors de son audition du 05.02.2015, le Dr G. affirmait ne pas se souvenir avoir prescrit des perfusions sauf à titre exceptionnel ; dans sa déclaration du 08.04.2015, il se borne à déclarer que le plan de soins contenait « sûrement déjà » (sic) les prescriptions de perfusion par intraveineuses chaque jour sans plus de précision ;

- les organismes assureurs n'ont pas reçu de prescriptions.

Ce premier manquement est donc établi.

b.2.2) Absence de plan de soins :

Dans seconde partie du grief reproché, le SECM reproche à Monsieur A. d'avoir attesté des prestations non-conformes étant donné l'absence de plan de soins, lequel, conformément à la directive du 23.05.2011 auquel renvoie l'article 8, §4 de la nomenclature , doit être joint au dossier infirmier.

Conformément à cette directive :

« Le plan de soin comprend au minimum la fréquence des différents actes infirmiers qui doivent être exécutés, y compris le moment recommandé. Si besoin est, des instructions supplémentaires sur l'adaptation des soins à la personne sont mentionnées. Le planning d'une précédente période peut être confirmé ou prolongé, adapté ou cessé.

L'évaluation du soin presté est réalisée sur base des observations constatées. Ces observations sont consignées au moment de l'exécution du soin. Il est également important de définir les observations indispensables que l'infirmier doit réaliser et de connaître les scores des différents items de l'échelle d'évaluation relative à la dépendance qui est utilisée. L'évaluation du soin résulte de la confirmation ou de la prolongation, de l'adaptation ou de la cessation du plan de soins, ou de la révision des problèmes du patient. »

Dans son audition du 30.01.2015, M. A. a d'ailleurs reconnu ne pas posséder de plan de soins de prestations spécifiques.

C'est à nouveau en vain qu'il s'en réfère au logiciel Infiplus et considère que « *les mentions minimums contenues dans le logiciel Infiplus répondent aux exigences de la Directive du 23 mai 2011* » (page 6 de sa requête).

Force est en effet de constater que si M. A. a utilisé ce logiciel , il l'a fait de manière inadéquate en n'y intégrant pas le plan de soins nécessaire à la bonne tenue du dossier infirmier.

Par conséquent, ce reproche est également établi.

Il ressort de ce qui précède que c'est à bon droit que la Chambre de première instance a condamné M. A. à rembourser la valeur des prestations indûment portées en compte de l'assurance soins de santé, soit la somme de **23.594,18 euros**.

c) Infractions - amende administrative :

c.1) Eléments constitutifs des infractions – principes :

Les infractions "réalité" et "conformité" basées sur l'article 73bis de la loi coordonnée le 14.07.1994 sont passibles d'amende moyennant la réunion de deux éléments, un élément matériel et un élément moral.

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

S'agissant d'une infraction non intentionnelle de nature réglementaire, l'élément moral ne requiert ni intention ni imprudence, une telle infraction est punissable par le seul fait de la transgression de la norme légale ou réglementaire pourvu que cette transgression soit commise librement et consciemment (Cass., 03.10.1994, JT 1995, p. 25).

Si le prestataire allègue avec vraisemblance une cause de justification, il appartient au SECM de démontrer que cette cause de justification n'existe pas, ce n'est donc pas au praticien de démontrer l'existence de celle-ci.

L'erreur ou l'ignorance ne peuvent être retenues comme causes de justification que lorsqu'elles sont invincibles, c'est-à-dire lorsqu'il peut se déduire de circonstances que l'auteur de l'infraction a agi comme l'aurait fait toute personne raisonnable et prudente placée dans les mêmes circonstances. Elle affecte le caractère conscient de l'acte.

La complexité de la législation sociale en vigueur ne peut être considérée comme source d'erreur invincible (CT Liège, 08.11.2010, RG 36410/09, www.juridat.be).

De même la seule constatation que l'auteur de l'infraction ait été mal conseillé, fût-ce par une personne qualifiée, ne suffit pas en soi pour que l'erreur soit considérée comme étant invincible; il appartient au juge d'apprécier en fait si pareil avis a induit l'auteur de l'infraction dans un état d'erreur invincible (Cass. 01.10.2002, RG P011006N, www.juridat.be ; Cass. 29.04.1998, JLMB 1999, p. 231).

En application de l'article 157 de la loi coordonnée le 14.07.1994, un sursis d'une durée de 1 à 3 ans peut être accordé lorsque dans les trois ans précédant le prononcé, aucune amende administrative n'a été infligée ou aucune demande de remboursement de prestation induite n'a été introduite.

Sous réserve du respect de cette condition, l'octroi d'un sursis est laissé à l'appréciation souveraine de la juridiction administrative.

c.2) Application au cas d'espèce :

Il appartient au SECM de démontrer la réunion dans le chef de M. A. des éléments constitutifs des infractions faisant l'objet du grief litigieux.

Comme relevé ci-avant, l'élément matériel propre à chacune des infractions est bien établi.

L'élément moral est également établi, le non-respect de la nomenclature des prestations de santé ayant été commis librement et consciemment par M. A., l'éventuelle bonne foi de même que l'absence d'intention frauduleuse de cette dernière étant sans incidence sur l'existence de l'élément moral.

La circonstance que M. A. aurait mal utilisé le logiciel Infiplus est sans aucune pertinence.

M. A. ne démontre par ailleurs pas que ledit logiciel, de par sa conception, ne lui aurait pas permis de respecter ses obligations légales, aucune pièce probante n'étant fournie quant à ce (avis de conseil technique...).

Un prestataire de soins a par ailleurs un devoir de rigueur, de vigilance et de probité et il doit s'informer sur ses obligations légales.

La circonstance qu'il n'ait jamais été sanctionné dans le passé ne constitue pas non plus une erreur invincible.

En sa qualité d'infirmier expérimenté, M. A. était justement à même plus que quiconque, de se rendre compte qu'il devait respecter scrupuleusement la nomenclature et tenir un dossier infirmier complet et à jour.

Enfin la loi impose que le dossier infirmier soit complet et à jour et non « presque » à jour, ce qui n'est d'ailleurs pas le cas en l'espèce.

C'est donc à juste titre que la Chambre de première instance a estimé que l'infraction avait bien été commise par M. A. et lui était imputable et qu'aucune erreur invincible ne pouvait être retenue dans son chef.

c.3) Hauteur de la peine :

La sanction prévue à l'article 142, § 1^{er}, al. 1, 2° de la loi ASSI, soit pour les prestations non conformes, est une amende administrative comprise entre 5 % et 150 % du montant de la valeur des prestations concernées.

C'est à juste titre que le premier juge a tenu compte, s'agissant du montant de l'amende administrative à infliger à M. A. :

- de la gravité des infractions ;
- de l'ampleur des montants perçus indûment ;
- de la longueur de la période infractionnelle qui s'étend sur plusieurs mois ;
- de l'absence de tout remboursement volontaire de l'indu ;
- de la soutenance d'une thèse irréaliste de la part de M. A. pour justifier l'absence de conformité de dossier infirmier, à savoir que le logiciel Infiplus contiendrait des données qu'il est en réalité le seul à pouvoir insérer dans le logiciel ;
- de l'absence de rigueur dans la tenue des dossiers des patients ;
- de la longue expérience de M. A.

Ce faisant il a à bon droit décidé d'infliger à M. A. une amende égale à 150 % du montant de la valeur des prestations indues (23.594,18 EUR) pour le grief unique, soit la somme de **35.391,27 EUR**.

c.4) Le sursis :

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 (article 157 de la loi ASSI).

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.

Compte tenu de l'absence d'antécédents dans les 3 ans précédant le prononcé de la présente décision dans le chef de M. A., c'est de manière adéquate que la Chambre de première instance a estimé qu'il y avait lieu d'assortir la condamnation aux amendes administratives d'un **sursis partiel**, pendant un délai d'épreuve de 3 ans, fixé à :

- 50 % du montant de l'amende 35.391,27 EUR infligée pour le grief unique.

d) Intérêts :

Les sommes, dont M. A. est redevable, doivent être payées dans les trente jours de la notification de la présente décision. A défaut de paiement dans ce délai, les sommes restant dues produisent de plein droit des intérêts au taux légal en matière sociale, tel que prévu à l'article 2, §3 de la loi du 05.05.1865 relative au prêt à intérêt, à compter de l'expiration de ce délai (art.156, §1^{er}, al. 2, de la loi ASSI tel que modifié par l'article 26 de la loi du 17 juillet 2015 portant dispositions diverses en matière de santé).

e) Article 156 de la loi coordonnée le 14.07.1994 :

Pour le surplus il convient de rappeler qu'en application de l'article 156, §1 de la loi coordonnée le 14.07.1994, les décisions du fonctionnaire-dirigeant du Service d'évaluation et de contrôle médicaux ou du fonctionnaire désigné par lui, visées à l'article 143, les décisions des Chambres de première instance visées à l'article 142, et les décisions des Chambres de recours, visées aux articles 142 et 155, sont exécutoires de plein droit par provision, nonobstant tout recours.

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

Par ces motifs, la Chambre de recours instituée auprès du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI,

Composée de Monsieur MATHIEU Emmanuel, Président, des docteurs PROFILI Francine, LEFEBVRE Guy et de Madame ORBAN Jacqueline et Monsieur DECUYPER Claude ;

Après en avoir délibéré et statuant contradictoirement à l'égard des parties, dans la limite des appels ;

Mesdames PROFILI Francine et ORBAN Jacqueline et Messieurs LEFEBVRE Guy et DECUYPER Claude ayant rendu leur avis sans prendre part à la décision ;

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

Dit l'appel de M. A. recevable mais non fondé et l'en déboute ;

Confirme la décision prononcée le 18.07.2017 par la Chambre de première instance en toutes ses dispositions ;

Dit qu'à défaut de paiement des sommes dues dans les trente jours de la notification de la présente décision, celles-ci produiront de plein droit des intérêts au taux légal en matière sociale, tel que prévu à l'article 2, §3 de la loi du 05.05.1865 relative au prêt à intérêt, à compter de l'expiration de ce délai.

La présente décision est rendue , après délibération, par la Chambre de recours instituée auprès du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI, composée de : Monsieur MATHIEU Emmanuel, Président, des docteurs PROFILI Francine, LEFEBVRE Guy et de Madame ORBAN Jacqueline et Monsieur DECUYPER Claude.

La présente décision est prononcée à l'audience du 22 novembre 2018 par Monsieur Emmanuel MATHIEU, président, assisté de Madame DELROEUX Françoise, greffier.

DELROEUX Françoise
Greffier

MATHIEU Emmanuel
Président