

DECISION DE LA CHAMBRE DE PREMIERE INSTANCE DU 08/05/2025

Numéro de rôle FA-005-24

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

Représenté par le Docteur D., médecin-inspecteur, et par Monsieur
E., conseiller juriste.

Partie requérante ;

CONTRE : **Madame A.**
Infirmière brevetée

Comparaissant en personne, assistée de Maître B. loco Maître C.

Partie défenderesse.

I. PROCEDURE

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

- la requête du SECM, reçue au greffe de la Chambre de première instance le 18 avril 2024 et notifiée à Madame A. le 19 avril 2024 ;
- la note de synthèse et le dossier du SECM ;
- les conclusions et conclusions additionnelles de Madame A. ;
- les conclusions du Service d'évaluation et de contrôle médicaux (ci-après le SECM) ;
- les différentes convocations en vue de l'audience du 23 avril 2025 .

Les parties ont comparu à l'audience du 23 avril 2025, audience à laquelle les débats ont été clos et le dossier pris en délibéré.

Il a été fait application de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 (ci-après loi ASSI) et de l'arrêté royal du 9 mai 2008 fixant les règles de fonctionnement et le règlement de procédure des chambres de première instance et de recours.

II. OBJET DE LA DEMANDE

En termes de requête, le SECM demande à la Chambre de première instance de :

- Déclarer établi le grief formulé pour tous les cas cités dans la note de synthèse,
- Condamner Mme A. au remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé, soit la somme de 66.131,51 euros (article 142, §1er, 2°, de la loi SSI),
- Constaté qu'un montant de 22.131,61 euros a déjà été remboursé,
- Condamner Mme A. au paiement d'une amende administrative s'élevant à 25% du montant de la valeur des prestations indues, soit la somme de 16.532,88 euros (article 142, §1er, 2° de la loi SSI), assortie d'un sursis total pour une durée de trois ans,
- Dire qu'à défaut de paiement des sommes dues par Mme A. dans les 30 jours de la notification de la décision de la Chambre de première instance, des intérêts au taux légal en matière sociale, tel que prévu à l'article 156, §1er de la loi SSI, seront dus, de plein droit, à compter de l'expiration du délai précité.

III. DEMANDE DE Madame A.

En termes de conclusions, Madame A. demande

- À titre principal, dire la demande non fondée, les griefs n'étant pas établis avec charge des dépens à l'INAMI ;
- À titre subsidiaire dire la demande partiellement fondée, les griefs étant déclarés partiellement établis et dire satisfactoire l'offre de Madame A. de payer 50 % du dommage, soit la somme de 33.067,76 € sachant qu'un montant de 22.131,61 € a déjà été acquitté, le total restant dû est donc de 10.934.15 € assortie de termes et de délais de 455,59 € par mois ;
- À titre très subsidiaire, dire la demande fondée, dire satisfactoire l'offre de Madame A. de payer la totalité du restant dû c'est-à-dire 41.990,90 € assorti de termes et délais de 500,00 € par mois.

IV. SYNTHESE DES FAITS

IV.1. Modalités de remboursement pour les soins prodigués en maisons médicales

Une enquête nationale a été réalisée concernant la facturation de prestations à l'acte par des dispensateurs qui travaillent en maisons médicales au forfait.

Le remboursement des soins dispensés dans ces maisons médicales (MM) se fait d'une manière spécifique et fixe : lorsqu'un patient est inscrit dans une maison médicale, cette maison médicale prend en charge ses soins dans leur globalité (« au forfait »). Pour couvrir le coût de ces soins, elle conclut un accord de paiement forfaitaire avec les organismes assureurs (OA) sur base duquel les OA pourront la rembourser.

Les OA versent à chaque maison médicale un montant fixe (forfaitaire mensuel) :

- ✓ par patient inscrit et
 - ✓ par discipline (médecin, infirmier, kinésithérapeute)
- indépendamment du nombre de contacts avec le patient.

Le montant forfaitaire versé par les OA, dès le 1er du mois suivant l'inscription couvre les soins suivants (si la maison médicale propose ces soins) :

- Pour les soins infirmiers : toutes les prestations mentionnées dans la nomenclature.

Un dispensateur de soins qui exerce dans une maison médicale (MM) n'a plus l'autorisation de pratiquer à l'acte, ni dans la maison médicale, ni en dehors de celle-ci, hors exceptions reprises dans l'article 15 § 2 de l'arrêté royal (A.R.) du 23/04/2013 relatif aux maisons médicales¹.

Ces exceptions visent notamment :

- 1) les prestations dispensées aux bénéficiaires inscrits, au cours du mois civil de l'inscription. Le bénéficiaire peut toutefois, lors de sa première inscription, demander que les prestations soient remboursées à l'acte au cours d'une période de maximum trois mois qui ne peut être renouvelée. Cette option est transmise également à l'OA, via le formulaire d'inscription ou électroniquement.
- 2) les prestations dispensées aux bénéficiaires non-inscrits, dans les cas de participation à des services de garde organisés ou à un service de garde à la porte d'un hôpital.
- 3) dans le cadre d'exceptions au forfait:
 - pour des consultations dans un centre de planning familial ;
 - pour une consultation dans un centre qui s'occupe de prévention et/ou de traitement de l'alcoolisme et/ou de la toxicomanie ;
 - pour une consultation dans une maison d'accueil pour bénéficiaires maltraités ;
 - pour régler la situation particulière de bénéficiaires non-inscrits qui au cours de certaines périodes de l'année séjournent temporairement dans la zone géographique visée à l'article 21, 1° de l'arrêté royal pour autant que cela concerne des bénéficiaires non-inscrits.

Ces dernières exceptions ne peuvent être accordées qu'après une évaluation méticuleuse de chaque dossier de demande, décrivant clairement les dispensateurs de soins, l'activité et le groupe cible. Il faut également motiver la raison pour laquelle le paiement forfaitaire n'est pas appliqué dans ces cas. La demande d'octroi des exceptions est soumise à la « Commission Forfait »² par les dispensateurs de soins. La Commission communique sa décision motivée aux dispensateurs de soins.

Les prestations identifiées dans les données comme relevant des exceptions décrites dans l'arrêté royal précité ont été prises en compte lors de l'analyse des données qui a précédé l'envoi des procès-verbaux de constat (PVC) aux prestataires concernés par l'enquête. Les prestations attestées identifiées en tant que telles ont été écartées des prestations reprochées.

¹ Arrêté royal portant exécution de l'article 52, §1er, de la loi SSI relatif aux maisons médicales (M.b., 30 avril 2013, p. 25.762)

² Commission chargée de l'application de la réglementation concernant le paiement forfaitaire de certaines prestations et de la conclusion des accords concernant le forfait visé à l'article 52, §1er, de la loi SSI

IV. 2. Situation de Madame A.

Madame A. est indépendante depuis 2013, en personne physique, en soins à domicile, dans l'arrondissement de ... et est conventionnée depuis le début de son activité.

Après avoir travaillé en groupe avec une infirmière plus ancienne jusqu'en 2015, elle poursuit cette activité tout en la combinant avec des prestations pour la Maison Médicale « F. » sans faire partie du cadre de la MM.

Cette Maison Médicale est affiliée à la Fédération G.

Depuis 2018 elle a une convention de partenariat avec la Maison Médicale « F. » à ..., toujours en qualité d'indépendante.

Emploi du temps à la F. :

La F. comprend 3 centres médicaux (... , ... et ...) et fait appel à 3 infirmières.

Madame A. travaille dans les 3 cabinets, pour les consultations, l'après-midi, jamais le matin et toujours sur rendez-vous. Le matin, elle effectue les visites à domicile.

Pour le RDV en cabinet, c'est l'accueil qui gère la grille des RDV sur les 3 sites.

Cette charge représente 3 X 1/3 chacune, pour 30 € de l'heure.

En pratique, c'est + ou - 3 après-midis par semaine. Avant les inondations c'était 4.

Les visites à domicile se partagent entre les 3 infirmières en fonction des secteurs. Il y a 6-7 secteurs. Pour la gestion des secteurs et des tournées, elles sont toutes les 3 autonomes. Cela représente 5 à 6 matinées. L'horaire, pour le domicile, c'est de 8 à 14H.

Le dimanche, il n'y a que 2 tournées, elles se répartissent les patients. Il peut y avoir des urgences le week-end (Ex. : sortie d'hôpital, demande le vendredi, ...). Pour ces cas, c'est l'accueil qui répond le samedi matin de 10 à 12 H. Ensuite, c'est le médecin de garde qui répond, si nécessaire.

Pour le domicile, chacune a la même charge de travail à part égale.

Les cabinets de l'après-midi, c'est de 14 à 16 H ou 14 à 17 H. Il n'y a pas de cabinet les samedis et dimanches.

Madame A. évalue son temps de travail pour la F. à une cinquantaine d'heures par semaines, en tenant compte des soirées qui doivent être assurées pour certains patients chroniques, inscrits au forfait.

En cabinet, c'est 20 minutes de temps par rendez-vous et pour les visites, c'est 20 à 30 minutes en moyenne ; cela dépend des soins à effectuer. Des cas lourds peuvent durer jusqu'à 1 h.

Madame A. a congé tous les jeudis après-midi à la F. ainsi que les mardis après-midi et les dimanches (toute la journée) sauf si elle doit remplacer une collègue.

Elle travaille un week-end sur 3 ; elle est rappelable le samedi après-midi et le dimanche 1X/3.

IV.3. Le contrôle

Le contrôle a porté sur la période du 1/6/19 au 30/11/21 .

Madame A. déclare :

*« (...) Pendant la période que vous m'avez rappelée, j'ai effectué des soins infirmiers à des voisins ou amis de type injection sous-cutanée, soins post-opératoires, pour rendre service.
Cela représentait une activité de maximum 1h/j.
Ces prestations étaient attestées via le programme informatique de ma nièce, comme je vous l'ai expliqué précédemment, CORILUS.
Je n'ai plus tarifé de prestation depuis 2022. Ma seule activité reste à la F. (...)».*

Pour la tarification, Madame A. a utilisé le programme SENIOR ASSIST jusqu'en 2015/2016.

Ensuite, elle a facturé ses prestations via sa nièce, qui était infirmière et qui avait le programme CORILUS. Cette dame habitait ... (...) ».

*« Si j'avais des prescriptions, je lui envoyais par photo et fin du mois, j'envoyais un tableau récapitulatif des patients et soins que j'effectuais.
J'avais des dossiers infirmiers. Cela n'a pas duré car j'ai été contactée par une MM et donc, je suis partie vers la F. J'ai continué à suivre mes patients et je travaillais aussi pour la F.
J'avais acheté la licence CORILUS, mais je n'ai pas renouvelé le contrat.
Mes patients, que j'avais à domicile, n'étaient pas inscrits dans une MM, aucun.
(...) »*

Facturation à la F. :

*« (...) Pour ma facturation, c'est moi. A la fin du mois, je calcule mes heures et je les rentre au service comptable de la F. Il n'y a pas de corrélation avec les codes de nomenclature.
(...)
Les sommes (forfaitaires) sont versées à la Maison médicale. Je ne connais pas le compte bancaire.
Pour mes versements, à domicile, selon le temps consacré aux soins, ils sont barémisés.
Mon salaire horaire reste de 30 €/h à domicile et au cabinet. C'est le secrétariat qui détermine le temps des visites selon le soin à donner.(...) »
Le logiciel informatique utilisé à la MM est « BEOOGO ».*

Madame A. ne voit plus de patients propres depuis 2022.

*« Concernant l'activité complémentaire à la F., avant 2022, je n'avais pas de dérogation demandée aux Soins de santé de l'INAMI comme je vous l'ai déjà expliqué, la facturation s'effectuait à l'acte via la plateforme MY CARENET et le logiciel CORILUS de ma nièce à laquelle j'envoyais le listing de mes prestations. Il n'y avait pas d'accord écrit, ni mandat permettant à ma nièce de porter en compte à mon nom les soins infirmiers que je dispensais.
Ma nièce me rétrocédait mes honoraires sur mon compte bancaire. J'ignore si elle gardait un pourcentage pour elle-même.(...) »*

Le profil comptable se trouve pp 6 à 10.

V. GRIEFS

Le grief reproché constitue une infraction visée à l'art. 73 bis 1° de la Loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 (LC).

Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer les 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 ne satisfont pas aux conditions prévues dans la présente loi, dans ses arrêtés et règlements d'exécution, dans les conventions et accords conclus en vertu de cette même loi et/ou lorsque des prestations visées à l'article 34 ont été prescrites durant une période d'interdiction temporaire ou définitive d'exercice de la profession.

Infraction visée à l'article 73bis, 2°, de la loi SSI.

Sont visées : 3.124 prestations attestées à l'acte alors que le prestataire a fait le choix de travailler selon le système forfaitaire et ne satisfaisant pas aux possibles exceptions à l'interdiction d'attester à l'acte décrites dans l'A.R. du 23/04/2013 relatif aux maisons médicales³.

La période des prestations litigieuses s'étend du 1^{er} juin 2019 au 30 novembre 2021, les prestations ont été introduites auprès des organismes assureurs du 14 juillet 2019 au 6 décembre 2021.

Quant à la base légale/réglementaire du grief et aux prestations en cause, elles sont précisées dans le procès-verbal de constat du 8 juillet 2022⁴ et dans la note de synthèse⁵.

V.1. Preuve des faits selon le SECM

Selon le SECM, la preuve des faits est établie par :

- l'analyse des données de facturation ;
- l'absence de demande de dérogation au paiement forfaitaire pour ces prestations ;
- les déclarations de la prestataire lors de son audition le 22/12/2022 :

« (...) Concernant mon activité en dehors de la F., j'ai suivi un patient, en qualité d'indépendante, jusqu'à la fin de sa vie.

(...)

Pendant la période que vous m'avez rappelée, j'ai effectué des soins infirmiers à des voisins ou amis de type injection sous-cutanée, soins postopératoires, pour rendre service. Cela représentait une activité de maximum 1h/j.

(...)

Je n'ai plus tarifé de prestation depuis 2022. Ma seule activité reste à la F.

³ Arrêté royal portant exécution de l'article 52, §1er, de la loi SSI relatif aux maisons médicales (M.b., 30 avril 2013, p. 25.762)

⁴ Pièce 0004

⁵ Pages 14 à 17

(...)

Concernant l'activité complémentaire à la F., avant 2022, je n'avais pas de dérogation demandée aux Soins de santé de l'INAMI comme je vous l'ai déjà expliqué, la facturation s'effectuait à l'acte via la plateforme MY CARENET et le logiciel CORILUS de ma nièce à laquelle j'envoyais le listing de mes prestations. Il n'y avait pas d'accord écrit, ni mandat permettant à ma nièce de porter en compte à mon nom les soins infirmiers que je dispensais. » (...)

Mme A. a reconnu le grief, à diverses reprises, et marqué son accord pour un remboursement total de l'indu⁶, tout en précisant qu'il lui est impossible de tout payer en une fois.

L'indu pour le grief s'élève à **66.131,51 euros**. Au 15 avril 2024, Mme A. a remboursé 22.131,61 euros. Le solde de l'indu s'élève donc à **43.999,90 euros**.

V.2. La contestation de Madame A.

Le 15 juillet 2024, Madame H. reconnaît son montant propre dans la dette de Madame A. pour une somme de 31.569,14 €⁷.

Madame A. invoque l'erreur invincible. Après avoir rappelé les principes applicables, Madame A. invoque qu'elle n'avait nullement l'intention de commettre une infraction. Elle déclare qu'elle est de bonne foi, que la pandémie de covid 19 a entraîné une surcharge de travail. Elle ne sait vérifier si dans la liste des patients, certains ne sont pas ceux de sa nièce.

Cet argument sera examiné au niveau de l'amende administrative.

La récupération de l'indu n'est pas visée par le CPS ni par le régime des amendes administratives.⁸

La Cour Constitutionnelle (anciennement Cour d'Arbitrage) dans un arrêt du 11 octobre 2000⁹ décide qu'il s'agit d'un régime spécial de responsabilité, dans son considérant B.3.2.

« Cette règle s'inspire, en ce qui concerne les relations de l'organisme assureur avec celui qui en a reçu une somme indûment payée, du principe général figurant à l'article 1376 du Code civil : « Celui qui reçoit par erreur ou sciemment ce qui ne lui est pas dû, s'oblige à le restituer à celui de qui il l'a indûment reçu ». Comme l'indiquait le Conseil d'Etat dans son avis précédant la loi du 9 août 1963 (Doc. parl., Chambre, 1962-1963, n° 527/1, p. 56), il en résulte une action purement civile : «le remboursement de prestations indues n'est pas une sanction administrative ni une sanction pénale »; la nature de cette action n'est pas modifiée du fait que l'organisme assureur est tenu de l'intenter. »

⁶ Note de synthèse, point 4.4., pp. 17 et 18.

⁷ Pièce 9 de son dossier

⁸ : C.E., n°225.972, 7 janvier 2014 ; C.E., n°236.344, 3 novembre 2016 ; C.E., n°239.729, 31 octobre 2017 et C.E., n°240.601, 29 janvier 2018, tous en néerlandais.

⁹ C.A., arrêt n° 102/2000, 11 octobre 2000, <https://www.const-court.be/public/f/2000/2000-102f.pdf>

Et dans son considérant B.4.2.

*« En visant à «mettre le remboursement à la charge de celui qui a commis l'erreur ou la fraude » (Doc. parl., Sénat, 1975-1976, n° 901-2, p. 5), la disposition en cause précise la responsabilité de celui dont le comportement (fraude ou erreur) a conduit à ce que ce paiement soit indu. Une telle disposition ne s'écarte pas fondamentalement du droit commun. Ou bien c'est l'auteur même de ce comportement - le dispensateur de soins - qui a reçu le paiement indu, et son obligation de rembourser se justifie alors par le mécanisme de droit commun de la répétition de l'indu; ou bien c'est le bénéficiaire de soins qui a reçu des sommes dont le paiement est indu par le fait que le dispensateur de ces soins a agi sans avoir la qualité requise ou ne s'est pas conformé aux dispositions réglementaires dont le respect lui incombe, et dans ce cas l'organisme assureur (fondé à réclamer les sommes indûment « remboursées » par lui, au dispensateur de soins dont l'intervention a entraîné ce remboursement alors que ce dispensateur ne remplissait pas les conditions auxquelles la loi le subordonne) dispose d'une **action directe combinant une répétition d'indu et un régime spécial de responsabilité civile**. La rigueur du système, lorsque le manquement ne constitue pas une faute grave, ne suffit pas pour qu'il doive être qualifié de répressif. Le droit commun entraîne lui aussi des conséquences sévères pour celui qui a reçu un paiement dont il ignorait le caractère indu ou qui a eu le malheur de causer par sa faute légère un dommage important. Quant aux conditions que le dispensateur de soins doit remplir pour que des frais soient couverts par l'assurance, elles procèdent non pas d'un souci répressif, mais (à condition qu'elles soient pertinentes, ce qui n'est pas en cause en l'espèce) de la nécessité de protéger l'assurance maladie-invalidité, c'est-à-dire les deniers publics, contre ceux qui pourraient l'obérer par leur négligence ou par des abus, au moyen d'un système de contrôle qui ne peut être efficace sans une certaine rigidité. La disposition en cause permet de garantir, comme l'indique le Conseil des ministres, la récupération des prestations indûment octroyées. »*

Si Madame A. estime que certains remboursements se rapportent à des patients de sa nièce, il lui appartient de l'établir. Cette preuve n'est pas rapportée.

VI. LA DEMANDE DE TITRE EXÉCUTOIRE

Le SECM introduit une demande de récupération en application des articles 143,§1er et 144, §2, 1° de la loi ASSI pour un montant total de 41.999,90€ (soit la somme de 66.131,51€ dont à déduire 24.131,61€ déjà remboursés).

Le grief étant établi, il sera fait droit à cette demande.

Pour une raison qu'elle ne peut ni expliquer, ni justifier, Madame A. propose de ne rembourser que 50% de l'indu... Il ne s'agit pas ici de fixer la réparation d'un dommage ex aequo et bono mais bien de rembourser une somme indûment perçue. L'intégralité de la somme est due.

Madame A. propose, à titre infiniment subsidiaire, de payer la totalité du restant dû c'est-à-dire 41.990,90 € assorti de termes et délais de 500,00 € par mois.

Elle ne dépose toutefois aucun document comptable expliquant sa situation. Certes, la CPI est bien consciente qu'un remboursement intégral en une seule mensualité est impossible. Toutefois, des mensualités de 500 € vont étaler le remboursement sur 84 mois, outre les intérêts soit 7 années ce qui n'est pas raisonnable.

Il lui appartiendra de négocier les termes et délais avec l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité.

VII. LES INTÉRÊTS

L'article 156, §1er alinéa 2 de la loi SSI (tel que modifié par l'article 26, 1°, de la loi du 17 juillet 2015 portant des dispositions diverses en matière de santé, M.B. du 17 août 2015) dispose que :

« § 1er. 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. Des délais de paiement peuvent être accordés uniquement sur la base d'une demande motivée et appuyée par toute pièce utile permettant d'en apprécier le bien-fondé. Les sommes dues sont payées dans les trente jours de la notification des décisions visées à l'alinéa 1er. A 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 ».

VIII. L'AMENDE ADMINISTRATIVE

La demande du SECM est ainsi motivée.

« En l'espèce, le SECM estime nécessaire de prononcer une amende administrative à charge de Mme A. afin de lui faire prendre conscience des obligations (rigueur, devoir de vigilance) qui s'imposent à elle en tant que collaborateur du service public de l'assurance soins de santé.

En effet, des prestations non conformes ont été attestées pendant plus de deux ans et pour un montant élevé (66.131,51 euros) au préjudice de l'assurance soins de santé.

La réglementation SSI est d'ordre public et doit être appliquée avec rigueur, vigilance et probité par les dispensateurs de soins afin de ne pas mettre en péril l'équilibre financier précaire de l'assurance soins de santé et le rapport de confiance entre l'Inami, les dispensateurs de soins et les organismes assureurs.

*Compte tenu du nombre de prestations litigieuses (3.124 prestations pour 74 bénéficiaires), de la longueur de la période concernée (plus de deux ans), du caractère élevé de l'indu (66.131,51 euros) et de l'expérience de Mme A. (infirmière depuis 2013), le SECM demande l'application d'une amende administrative fixée à 25% du montant de la valeur des prestations litigieuses, soit une amende administrative de **16.532,88 euros**.*

Toutefois, l'article 157, §1^{er}, de la loi SSI permet de surseoir, en tout ou en partie, à l'exécution des amendes prononcées.

*Considérant l'absence d'antécédent dans le chef de Mme A., sa bonne collaboration à l'enquête et le remboursement (partiel à ce jour, à raison de 2000 euros/mois depuis avril 2023) du montant réclamé, le SECM estime qu'un **sursis total** pour l'amende peut lui être accordé.*

Le Secm attire l'attention de Mme A. sur le fait que le sursis est révoqué de plein droit lorsqu'une nouvelle infraction visée à l'article 73bis de la loi SSI est commise pendant le délai d'épreuve »

L'erreur invincible

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

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

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

L'auteur d'une infraction sociale peut démontrer ne pas avoir agi librement en rapportant la preuve de l'existence d'une cause de justification : la force majeure (ou contrainte), l'état de nécessité, l'erreur ou l'ignorance invincible et l'ordre de l'autorité.

C'est ce qu'a rappelé la Cour de cassation dans un arrêt du 24 février 2014 :

« L'existence de cet élément moral peut être déduite du simple fait matériel commis et de la constatation que ce fait est imputable au prévenu, étant entendu que l'auteur est mis hors de cause si un cas de force majeure, une erreur invincible ou une autre cause d'excuse sont établis, à tout le moins, ne sont pas dénués de crédibilité. »¹⁰

L'erreur ou l'ignorance ne peuvent être retenues comme causes de justification que pour autant qu'elles soient invincibles, c'est-à-dire lorsqu'il peut se déduire de circonstances que l'auteur de l'infraction a agi comme l'aurait fait toute personne raisonnable et prudente¹¹.

Fabienne KEFER¹², rappelle à juste titre que les infractions réglementaires ne requièrent ni intention ni imprudence et sont punissables quel que soit l'état d'esprit de leur auteur, par le seul fait de la transgression d'une disposition légale ou réglementaire, à condition que cette transgression soit commise librement et consciemment.

¹⁰ Cass. 24 février 2014, S.2013.0031.N, Juportal

¹¹ Cass., 2ème ch., 1er octobre 2002, rôle n° P011006N, Cass., 1ère ch., 16 septembre 2005, rôle n° C040276F; C. trav. Bruxelles, 26 octobre 2010, RG n° 40.153-40.316; C. trav. Liège, sect. Liège, 21 avril 2010, RG n° 36395/09.

¹² KEFER F. « *L'erreur invincible de l'employeur ou l'infraction imputable comme condition d'application de la prescription quinquennale de l'action ex delicto* », Chr.D.S., 2000, pp. 257 et s. citant Cass., 3 octobre 1994, J.T., 1995, p. 26 ; Cass., 2ème ch., 27 septembre 2005, rôle n° P050371N, <http://jure.juridat.just.fgov.be>

La complexité de la législation sociale en vigueur ne peut être considérée comme source d'erreur invincible¹³.

De plus, la simple constatation que l'auteur de l'infraction ait été mal conseillé, fût-ce par une personne qualifiée, ne suffit pas en soi pour que l'erreur soit considérée comme étant invincible; il appartient au juge d'apprécier en fait si pareil avis a induit l'auteur de l'infraction dans un état d'erreur invincible¹⁴.

Si les infractions à la législation sociale (et en particulier à la législation AMI) ne supposent pas, sauf disposition plus ample ou contraire (quod non en l'espèce), l'existence d'un élément moral, la Cour d'appel de Liège a posé en principe que les infractions à la législation sociale étant des «délits contraventionnels ou réglementaires», la peine est encourue par le seul fait de la transgression des prescriptions légales et abstraction faite de l'intention de l'auteur, la bonne foi du contrevenant étant complètement inopérante¹⁵.

Le régime de sanctions applicable aux faits litigieux est repris à l'article 142, §1er, al. 1er, 1° et 2° de la loi ASSI :

« 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 de la valeur des mêmes prestations en cas d'infraction aux dispositions de l'article 73 bis, 2°; »

L'article 73 bis dispose :

« 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 et/ou lorsque des

¹³ C. HENNEAU et J. VERHAEGEN, Droit pénal général, Bruylant, Bruxelles, 1991, p. 338; Anvers, 9 octobre 1997, Chr.D.S., 1998, p. 145; C. trav. Liège, sect. Namur, 6 août 2009, RG n° 8697/08-8700/08 consultable sur juridat ; cass. 14 mai 2012, Pas. 2012, n°300.

¹⁴ Cass., 2ème ch., 1er octobre 2002, RG n° P011 006N.

¹⁵ Liège, JTT, 1971 p. 173 et P. Q... XX... EE..., Les infractions à la législation sociale sont-elles des «délits contraventionnels ou réglementaires» ? Pour une morale sociale de notre temps, J.T., 15 octobre 1971, p. 169 et s. Voy. également: Cour trav Liège, 23.01.1991, JTT, 1991, p. 354 («aucun élément moral spécial n'étant requis ») et Cour trav Liège, 13.01.1999, rôle 97/2971, www.juridat.be (tenue de documents sociaux - matérialité des infractions - aucune exigence d'élément moral particulier)

prestations visées à l'article 34 ont été prescrites durant une période d'interdiction temporaire ou définitive d'exercice de la profession ».

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

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

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

La ratio legis de l'amende administrative et le principe de proportionnalité

Il convient de relever que les infractions sont établies dans leur matérialité dans le chef de Madame A.

On ne peut parler dans son chef d'erreur mais plutôt de méconnaissance de la NPS. Il ne lui est pas reproché l'absence des prestations.

Par ailleurs, l'erreur ou l'ignorance ne peuvent être retenues comme causes de justification que pour autant qu'elles soient invincibles, c'est-à-dire lorsqu'il peut se déduire de circonstances que l'auteur de l'infraction a agi comme l'aurait fait toute personne raisonnable et prudente¹⁶.

Madame A. ne semble pas s'être renseignée sur la manière dont elle devait/pouvait bénéficier des remboursements à l'acte lorsqu'on travaille dans une MM.

La décision de la CPI

Le caractère dissuasif de l'amende administrative trouve ici à s'appliquer.

En effet, l'article 142 de la loi ASSI mentionne :

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

L'argument selon lequel la période de covid constituerait une cause de justification n'est pas pertinente. Nombre de prestataires de soins ont respecté la NPS, même en cette période troublée.

Le SECM a toutefois tenu compte de la situation de Madame A. puisqu'il lui accorde un sursis total à l'amende, fixée à 25% du montant de la valeur des prestations indues, soit la somme de 16.532,88 euros.

¹⁶ Cass., 2ème ch., 1er octobre 2002, rôle n° P011006N, <http://jure.juridat.just.fgov.be> ; Cass., 1ère ch., 16 septembre 2005, rôle n° C040276F, <http://jure.juridat.just.fgov.be> ; C. trav. Bruxelles, 24 mars 2010, RG n° 40.153-40.316, <http://jure.juridat.just.fgov.be> ; C trav. Liège, sect. Liège, 21 avril 2010, RG n° 36395/09, <http://jure.juridat.just.fgov.be>

PAR CES MOTIFS,

LA CHAMBRE DE PREMIERE INSTANCE,

Statuant contradictoirement à l'égard du SECM et de Madame A.

Déclare la demande du SECM recevable et partiellement fondée.

En conséquence,

Déclare établi le grief formulé pour tous les cas cités dans la note de synthèse,

Condamne Mme A. au remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé, soit la somme de 66.131,51 euros (article 142, §1er, 2°, de la loi SSI) sous déduction d'un montant de 24.131,61 euros déjà remboursé.

Invite Madame A. à négocier des termes et délais raisonnables avec les services concernés au sein de l'INAMI.

Condamne A. au paiement d'une amende administrative s'élevant à 25% du montant de la valeur des prestations indues, soit la somme de 16.532,88 euros (article 142, §1er, 2° de la loi SSI), assortie d'un sursis total pour une durée de trois ans.

Dit qu'à défaut de paiement des sommes dues par Mme A. dans les 30 jours de la notification de la décision de la Chambre de première instance, des intérêts au taux légal en matière sociale, tel que prévu à l'article 156, §1er de la loi SSI, seront 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 Madame Corinne GUIDET, présidente, du Docteur Mathilde EKILA BOTHALE et de Monsieur Johan CORIJN, membres.

Et prononcée à l'audience du 08/05/2025, par Madame Corinne GUIDET, Présidente, assistée de Madame Dominique HONVAULT, Greffière.

HONVAULT Dominique
Greffière

GUIDET Corinne
Présidente