

DECISION DE LA CHAMBRE DE RECOURS DU 22 NOVEMBRE 2018  
FB-006-17

EN CAUSE DE : **Madame A.**  
Praticienne de l'art infirmier  
Représentée par le Docteur B., son conseil ;

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

**Exposé des faits - antécédents :**

Madame A., née le ..., est infirmière brevetée depuis 2006 et a suivi une formation en soins palliatifs en 2007.

Elle s'est installée comme infirmière à domicile indépendante, couvrant le secteur de ....

En 2009, elle a constitué une SPRL dont elle est la gérante.

Madame A. dispense les soins avec la collaboration de 3 infirmières indépendantes : Madame E. de fin 2012 jusque octobre 2013, Madame F. de mi-2013 à avril 2014 et Madame G. à partir d'avril-mai 2014.

Il est à noter que les prestations litigieuses, en particulier les perfusions du produit Perfusalgan, ne sont réalisées que par Madame A.

Jusqu'en septembre 2013, Madame A. a imputé toutes les prestations à son nom, en ce compris celles effectuées par ses collaboratrices indépendantes, qu'elle rémunérait au forfait.

Madame A. est la compagne du Docteur H., médecin généraliste, avec lequel elle collabore.

Madame A. et sa SPRL recourent à une société de facturation, la SPRL I., dont le gérant est Monsieur J. Une convention a été conclue entre Madame A. et cette société en 2007. Le SECM a estimé que seules Madame A. et sa société étaient responsables de la facturation des prestations litigieuses, à l'exclusion de la SPRL I., laquelle a été mise hors de cause, de même que son gérant.

Une enquête a été menée suite à une plainte d'un médecin-conseil d'un organisme assureur s'étonnant de l'utilisation anormale par Madame A. d'un code de prestations de la nomenclature.

Madame A. a été entendue, de même que des témoins et des patients.

Le SECM reproche à Madame A. d'avoir attesté un certain nombre de prestations (1.811 perfusions) non effectuées entre le 1<sup>er</sup> janvier 2012 et le 30 juin 2013 ainsi que diverses prestations de soins infirmiers à domicile non effectuées entre le 12 mars 2012 et le 5 avril 2013.

Plus précisément :

- Concernant **le premier grief**, il se fonde sur la différence entre, d'une part, le nombre de conditionnements de Perfusalgan délivrés sur prescription principalement du Docteur H. et, d'autre part, le nombre de perfusions attestées. Le grief se fonde également sur les déclarations des assurés, celles de Madame A. et le volume de l'activité journalière de celle-ci.

Durant la période litigieuse, Madame A. a attesté 4.799 prestations de perfusion, dont 90% (4.319) seraient justifiées par l'administration du produit Perfusalgan. Pourtant, seuls 2.508 flacons de ce produit ont été délivrés : la différence entre le nombre de prestations attestées (4.319) et le nombre de flacons délivrés (2.508) correspond à 1.811 prestations attestées alors qu'aucun produit pharmaceutique n'a été délivré en rapport avec ces prestations.

Confrontée aux déclarations des assurés, Madame A. soit les a mises en doute, soit a reconnu des erreurs (p. ex. : « *j'attribue ces erreurs à des cochages en trop grande quantité que j'aurais fait sur les feuilles envoyées à M. J.* » ; cf. déclaration de Madame A. du 5 février 2014, concernant le patient K.).

Finalement, Madame A. a admis la matérialité des faits qui lui sont reprochés, à savoir qu'elle a attesté 1.811 prestations alors qu'elle ne les a pas effectuées. Le montant de l'indu pour ce 1<sup>er</sup> grief s'élève à 60.849,60 €.

- **Le second grief** concerne des prestations de soins auprès de deux patients diabétiques, pour lesquels Madame A. a porté des honoraires en compte pour des prestations non effectuées, notamment des injections d'insuline. Madame A. a également accepté de rembourser les sommes perçues pour ces prestations non effectuées (voir déclaration du 5 février 2014). L'indu s'élève à 12.932,15 € pour ce deuxième grief.

L'indu total s'élève à 73.781,75 euros, somme que Madame A. a, dans un premier temps, accepté de rembourser volontairement et qu'elle a déjà restituée en partie (35.000 euros).

L'indu résiduel au 16 avril 2015 s'élève donc à 38.781,75 euros.

Par requête du 11.12.2015, le SECM demandait à la Chambre de première instance de :

- déclarer établis les griefs formulés pour tous les cas cités dans la note de synthèse (ces griefs étant relatifs à des prestations non effectuées) ;
- condamner solidairement Madame A. et la SPRL L. au remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé, soit la somme totale de 73.781,75 euros (article 142, §1<sup>er</sup>, 1° de la loi ASSI coordonnée) et constater qu'un montant de 35.000 euros a déjà été remboursé ;

- condamner Madame A. au paiement d'une amende administrative s'élevant à 200 % du montant de la valeur des prestations indues, soit la somme de 147.563,50 euros (article 142, §1, 1°, de la loi ASSI coordonnée) ;
- dire qu'à défaut de paiement des sommes dues par Madame 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, §1<sup>er</sup>, de la loi ASSI, seront dus, de plein droit, à compter de l'expiration du délai précité.

**Par décision du 29 juin 2017 (....), la Chambre de première instance :**

- dit pour droit que les griefs formulés pour les cas cités dans la note de synthèse du SECM sont établis (ces griefs étant relatifs à des prestations non effectuées) ;
- condamnait solidairement Madame A. et la SPRL L. au remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé, soit la somme totale de **73.781,75 euros** (article 142, §1<sup>er</sup>, 1° de la loi ASSI coordonnée), dont à déduire une somme de 35.000 euros déjà remboursée ;
- condamnait Madame A. au paiement d'une amende administrative s'élevant à 200 % du montant de la valeur des prestations indûment attestées, soit la somme de **147.563,50 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 3 ans ;
- dit que les sommes dont Madame A. et la SPRL J. 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.

Madame A. et la SPRL L. interjetèrent appel de cette décision par requête du 25.07.2017.

#### **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 de l'infraction - 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" 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 des deux griefs - prestations non effectuées :

**Le premier grief** se fonde sur la différence entre, d'une part, le nombre de conditionnements de Perfusalgan délivrés sur prescription principalement du Docteur H. et, d'autre part, le nombre de perfusions attestées.

Ainsi durant la période litigieuse, Madame A. a attesté 4.799 prestations de perfusion, dont 90% (4.319) seraient justifiées par l'administration du produit Perfusalgan alors que seuls 2.508 flacons de ce produit ont été délivrés : la différence entre le nombre de prestations attestées (4.319) et le nombre de flacons délivrés (2.508) correspond à 1.811 prestations attestées alors qu'aucun produit pharmaceutique n'a été délivré en rapport avec ces prestations.

Madame A. a admis la matérialité des faits qui lui sont reprochés. Le montant de l'indu pour ce 1<sup>er</sup> grief s'élève à 60.849,60 €.

**Le second grief** concerne des prestations de soins auprès de deux patients diabétiques, pour lesquels Madame A. a porté des honoraires en compte pour des prestations non effectuées, notamment des injections d'insuline. Madame A. a également accepté de rembourser les sommes perçues pour ces prestations non effectuées (voir déclaration du 5 février 2014). L'indu s'élève à 12.932,15 € pour ce second grief.

L'indu total s'élève à **73.781,75 euros**, somme que Madame A. a, dans un premier temps, accepté de rembourser volontairement et qu'elle a déjà restituée en partie (35.000 euros). L'indu résiduel au 16 avril 2015 s'élève donc à **38.781,75 euros**.

Madame A. et la SPRL L. ne contestent pas la matérialité des griefs invoqués mais soulignent que c'est la SPRL I., via son gérant, M. J. qui a porté en compte les prestations litigieuses sur des attestations globales modèle D (AGSD) établies à leur nom et signées et ce en l'absence de mandat écrit régulier tel que visé à l'article 6 du règlement du 28 juillet 2003.

C) Article 6 du règlement du 28 juillet 2003 :

En application de l'article 22, 11° de la loi ASSI, le Comité de l'assurance élabore les règlements visés par la présente loi coordonnée concernant, notamment, les conditions d'ouverture du droit aux prestations de l'assurance soins de santé et fixe les conditions auxquelles est subordonné le remboursement des prestations de santé visées à l'article 34.

L'article 6 du règlement du 28 juillet 2003 pris en exécution de l'article 22, 11° énumère les conditions auxquelles doivent répondre les attestations de soins et de fournitures.

L'article 6, § 14, alinéas 1 et 4 du règlement du 28 juillet 2003 pris en exécution de l'article 22, 11° susdit dispose ainsi :

*« Par sa signature au bas des attestations récapitulatives de soins reprises à l'annexe 28, le signataire, qui doit être soit un médecin, soit un dispensateur de soins appartenant à la profession dont relèvent les prestations attestées, certifie disposer de documents démontrant que les prestations ont été effectuées par le dispensateur de soins dont le nom figure en regard de chacune d'elles. Les documents en question sont à la disposition du Service de l'évaluation et de contrôle médicaux; ils porteront la signature du dispensateur de soins susvisé.*

*(. . .)*

*Le procédé visé aux alinéas 1 à 3 ne peut être utilisé qu'à la condition qu'il existe, entre le signataire et chaque dispensateur de soins concerné, un **mandat écrit** aux termes duquel le dispensateur de soins (mandant) donne au signataire (mandataire), qui accepte, le pouvoir de porter en compte à l'assurance soins de santé, sous sa signature, les soins qu'il a effectués ».*

Il convient tout d'abord de relever que la circonstance que l'article 6 soit ou non d'ordre public est sans incidence sur le présent litige.

Cet article se borne en effet à énumérer les conditions en vertu desquelles un mandataire est autorisé à porter en compte à l'assurance soins de santé des soins que son mandant, dispensateur de soins de santé, a effectué.

Un dispensateur de soins ne peut alléguer l'irrégularité d'un mandat, qu'il soit ou non à l'origine de celle-ci, voire son inexistence pour éviter de devoir rembourser les sommes qu'il a perçues du fait de prestations non effectuées ou non conformes et faire obstacle à l'action en récupération de l'indu diligentée par l'Administration.

L'absence de mandat écrit ne saurait avoir la moindre incidence ni quant à l'existence d'une infraction "réalité" ou "conformité" basée sur l'article 73bis de la loi coordonnée le 14.07.1994 au regard de prestations non conformes ou non effectuées par un prestataire ni quant à la récupération des sommes perçues indûment par ce dernier à la suite de cette infraction pourvu que les conditions d'existence d'un paiement indu soient réunies, ce qui est le cas en l'espèce (arrêt du 20.12.2017 de la Chambre de recours, FB-002-15).

Même en l'absence de mandat valable, il suffirait en effet de constater que Mme A. et la SPRL J., étaient les destinataires finales des sommes indûment versées par les organismes assureurs, ce qu'elles ne contestent d'ailleurs pas.

D) Existence d'un mandat valable - preuve par toutes voies de droit :

Surabondamment il échet de constater que la SPRL I. disposait bien d'un mandat valable émanant de Mme A.

Certes l'article 6, § 14, alinéas 1 et 4 du règlement du 28 juillet 2003 stipule que ce mandat doit être écrit.

Cette exigence d'un écrit n'est cependant pas sanctionnée à peine de nullité de sorte qu'il y a lieu de constater que celle-ci n'est requise que pour faire preuve dudit mandat « ad probationem », c'est-à-dire qu'à défaut d'écrit ledit mandat ne peut être opposé aux tiers.

Cet écrit n'est pas exigé à peine d'invalidité de l'acte, c'est-à-dire « ad validitatem ».

En toutes hypothèses, les tiers (dont l'INAMI), peuvent démontrer l'existence dudit mandat par toutes voies de droit (Liège, 17.03.2003, RG 69.991/84, [www.juridat.be](http://www.juridat.be)).

L'existence de ce mandat écrit fut d'ailleurs confirmé par Mme A. elle-même lors de son audition (PVA du 5 février 2014) :

*« La tarification de mes prestations est effectuée par la société I. sur base de grilles mensuelles comportant l'identité de mes patients et sur lesquelles je coche les soins qui sont effectués et qui doivent être facturés. Ces grilles sont signées par moi tous les mois.*

*(...)*

*C'est Monsieur J. qui signe les attestations globales de soins (AGSD) et qui se charge de les envoyer aux organismes assureurs (OA). Je vous confirme bien que je ne signe aucune attestation de soins donnés. Sur question, je vous répons que M. J. m'envoie uniquement un état récapitulatif financier établi mensuellement pour chaque patient avec la référence de la facture envoyée à l'OA sans le détail des prestations.*

*A votre question de savoir si je prends la responsabilité des attestations de soins signées par M. J., je vous répons que je l'ai mandaté par un document signé pour agir à ma place pour la facturation des soins. En ce qui concerne le détail des prestations, je prends la responsabilité des prestations qu'il a facturées à ma place et ce dans la mesure où il a reproduit fidèlement les grilles mensuelles signées par moi que je lui adressais régulièrement.*

*(...)*

*Dès à présent, vous pouvez considérer que j'accepte de prendre à ma charge le remboursement de la totalité de l'indu, correspondant aux griefs que vous venez de m'exposer.*

*En effet, s'agissant de la facturation des prestations non effectuées, c'est bien ma responsabilité personnelle qui se trouve engagée, dans la mesure où d'une part, j'ai délivré un mandat signé de ma main à M. J. pour que ce dernier se charge de ma tarification et d'autre part, les prestations non effectuées ont été portées en compte par M. J. sur base de grilles mensuelles de prestations à facturer que j'ai signées*

*moi-même mensuellement attestant de ce fait que toutes les prestations mentionnées sur ces grilles devaient bien être portées en compte aux mutuelles ».*

E) Existence d'une procuration écrite :

Plus surabondamment encore, il échet de relever que le mandat litigieux a bien fait l'objet d'un écrit, à savoir la convention du 23.11.2007 intervenue entre Mme A. et la SPRL I. (à l'époque M., représentée par son gérant Monsieur J.).

Les articles 1<sup>er</sup> et 6 de cette convention sont rédigés comme suit :

Article 1er: « *[La SPRL M.] s'engage à fournir le service suivant: « La centralisation de la facturation et établissement de tous les documents à destination de l'INAMI et des organismes mutuels et ce pour la totalité des prestations de soins exercées par [Madame A.] à destination de sa clientèle ».*

Article 6: « *[Madame A.] s'engage à signer les feuilles de prestations mensuelles et par là même reconnaît avoir presté les soins qui y sont mentionnés» .*

Ce mandat répond en tous points aux exigences de l'article 6, §14 du RSS du 28.07.2003 et est d'ailleurs plus large qu'un mandat qui consisterait uniquement à « porter en compte » les prestations de Mme A.

Il convient par ailleurs de relever que Mme A. signait les grilles mensuelles et les transmettait ensuite à la SPRL I. et à son gérant Monsieur J. en vue de l'établissement, par ce dernier, des attestations globales de soins, conformément à l'article 6 précité de la convention.

Selon les conditions de l'article 6, §14 du Règlement du 28 juillet 2003, il suffit que les attestations récapitulatives de soins reprises à l'annexe 28 soient signées par un dispensateur de soins appartenant à la profession dont relèvent les prestations effectuées.

Il importe peu que ce signataire soit organe ou employé du mandataire lorsque celui-ci est une personne morale.

Cette condition est respectée en l'espèce puisque M. J., gérant de la SPRL I. et signataire des attestations globales de soins (annexe 28) avait la qualité d'infirmier.

Il existait dès lors bien un mandat écrit valable au sens de l'article 6, § 14, alinéa 4 du règlement du 28 juillet 2003, entre la SPRL I. et Mme A.

Ce moyen est donc non fondé.

F) Codes 423113 et 425375 :

Le mandant est responsable des actes accomplis par le mandataire dans les limites de la mission présumée et notamment des actes illicites accomplis lors de la conclusion de la convention (Cass. 20.01.2000, *Pas.*, 2000, I, p. 54).

Lorsque la faute du mandataire est inhérente à l'acte juridique objet du mandat, le mandant est tenu par les actes posés par son mandataire.

Mme A. est donc liée par l'erreur de la SPRL I. qui a utilisé de façon erronée, pour les soins de mise en place de perfusion, un code NPS 423113 au lieu du code 423275.

Cette erreur est cependant sans incidence sur le présent litige, ne fût-ce que parce que les prestations susdites ont la même lettre clé et le même facteur multiplicateur soit W 8,934.

G) Conclusion :

Il résulte de ce qui précède que c'est bien Mme A. qui doit être considérée comme le dispensateur de soins au sens de l'article 73bis , 1° de la loi ASSI dans le chef duquel les griefs sont imputables à l'exclusion de la SPRL I.

L'indu total s'élève à **73.781,75 euros**.

Madame A. est redevable de la partie non encore remboursée de ce montant.

Par ailleurs, l'article 164, alinéa 2 de la loi ASSI prévoit que les prestations de l'assurance soins de santé indûment payées sont remboursées par le dispensateur de soins qui ne s'est pas conformé aux dispositions légales ou réglementaires mais que, lorsque les prestations ont été perçues, pour son propre compte, par une personne physique ou morale, celle-ci est solidairement tenue avec le dispensateur de soins.

En l'espèce la SPRL L. a perçu, pour son propre compte, des prestations de l'assurance soins de santé payées indûment.

Il importe peu que ces sommes aient transité par la SPRL I., laquelle ne percevait les prestations que pour les rétrocéder à la SPRL L., en retenant à titre d'honoraires (et non à titre de prestations de l'assurance soins de santé), 6% des sommes perçues. La SPRL I. ne percevait, pour son propre compte, que les honoraires dus en exécution de la convention d'entreprise.

La SPRL L. remplit dès lors la condition prévue par l'article 164, alinéa 2 et doit être tenue solidairement au remboursement des prestations, avec le dispensateur de soins Madame A.

L'objectif de cet article est de responsabiliser le dispensateur de soins en prévoyant une condamnation solidaire de ce dernier même dans l'hypothèse où les prestations litigieuses ont été perçues pour son propre compte par une personne physique ou morale sans qu'il ne faille y voir une quelconque violation du principe de proportionnalité.

Pour rappel la solidarité est le rapport juridique obligatoire qui lie entre eux un créancier à deux ou plusieurs débiteurs ayant pour effet de permettre au créancier d'exiger de n'importe lequel des débiteurs solidaires qu'il se libère de la totalité de la dette entre ses mains.

Il n'y a pas lieu, au stade de l'obligation à la dette, de rechercher dans quelle mesure les débiteurs ont profité des sommes payées indûment ou d'apprécier la gravité des fautes respectives de ces derniers, ces questions n'ayant d'incidence, le cas échéant, qu'au stade de la contribution à la dette.

Pour le surplus il convient de relever que le SECM est tiers par rapport aux accords conclus entre Mme A. et la SPRL L., dont elle est l'associée et la gérante unique, lesquels lui sont par conséquent inopposables.

Mme A. et la SPRL L. doivent donc être condamnées solidairement à rembourser l'indu tel que calculé ci-dessus.

H) Infractions - amende administrative :



### H.1) Peine applicable :

Suivant l'article 142, § 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup> précité, l'infraction visée à l'article 73bis, 1<sup>o</sup> oblige son auteur à rembourser la valeur des prestations indûment attestées et l'expose à une amende administrative comprise entre 50% et 200% du montant du remboursement.

L'infraction porte sur des prestations relatives à la période du 1<sup>er</sup> janvier 2012 au 30 juin 2013.

Avant le 18 mars 2012, l'infraction relative aux griefs formulés (prestations non effectuées) était poursuivie et sanctionnée conformément au Code de droit pénal social. Depuis l'entrée en vigueur, au 18 mars 2012, de la loi du 15 février 2012 (publiée au M.B. du 8 mars 2012), cette infraction est poursuivie conformément aux dispositions de la loi ASSI (articles 73bis et 142).

S'agissant en l'espèce de délits collectifs par unité d'intention (commission de divers faits qualifiés d'infractions qui sont l'exécution successive d'une même résolution criminelle), la peine est déterminée par la loi en vigueur au jour de la commission de la dernière infraction qui constitue ces infractions collectives (F. KUTY, Principes généraux de droit pénal belge, tome 1, Larcier, 2<sup>ème</sup> édit, n°534).

La Cour de cassation confirme que, lorsque des infractions différentes constituent un délit collectif par unité d'intention, mais que pendant la période de perpétration de ces infractions, la loi portant la peine applicable a été aggravée, il y a lieu d'appliquer la peine établie par la loi nouvelle (Cass., 22 octobre 2004, *J.T. 2004*, p. 351 et Cass. 25 octobre 2006, P.06.0751.F).

C'est donc la peine prévue par l'article 142, §1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup> qui s'applique en l'espèce pour chacun des griefs, puisque le dernier fait constitutif de l'infraction collective est postérieur au 18 mars 2012.

### H.2) 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.

#### H.3) Application au cas d'espèce :

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

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

L'élément moral est également établi, le premier juge rappelant à bon droit que la commission du premier grief s'inscrit dans un système frauduleux instauré entre Mme A. et le Dr H., lequel prescrivait abusivement des perfusions de Perfusalgan que celle-ci portait en compte sans les avoir réalisées.

C'est donc à juste titre que la Chambre de première instance a estimé que l'infraction avait bien été commise par Mme A. et lui était imputable.

#### H.4) Hauteur de la peine :

Comme relevé ci-dessus, la sanction prévue à l'article 142, § 1<sup>er</sup>, al. 1, 1° de la loi ASSI est une amende administrative comprise entre 5 % et 200 % du montant de la valeur des prestations concernées.

En l'espèce l'amende de 200% retenue par la Chambre de première instance apparaît totalement justifiée eu égard notamment à :

- la gravité de l'infraction ;
- l'ampleur des montants perçus indûment ( 73.781,75 euros) ;
- la longueur de la période infractionnelle qui s'étend sur environ 18 mois ;
- la soutenance d'une thèse irréaliste de la part de Mme A. qui, pour se justifier, a invoqué, contrairement à tous les éléments de faits du dossier, l'absence de mandat conféré à la SPRL I. ;
- la longue expérience de Mme A.

Ce faisant le premier juge a à bon droit décidé d'infliger à Mme A. une amende égale à 200 % du montant de la valeur des prestations indues pour les griefs, soit la somme de **147.563,50 euros**.

H.5) 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.

En l'espèce il convient de constater que le SECM ne forme aucun appel incident quant au sursis octroyé par le premier juge à Mme A.

I) Intérêts :

Les sommes, dont Mme A. et la SPRL L. sont redevables, 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<sup>er</sup>, 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).

J) 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, du docteur HANOTIAU Isabelle et de Madame BEAUFAYS Patricia ;

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

Mesdames HANOTIAU Isabelle et BEAUFAYS Patricia 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 Mme A. et de la SPRL L. recevable mais non fondé et les en déboute ;

Confirme la décision prononcée le 05.10.2017 par la Chambre de première instance en toutes ses dispositions.

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, du docteur HANOTIAU Isabelle et de Madame BEAUFAYS Patricia.

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

Françoise DELROEUX  
Greffier

Mathieu EMMANUEL  
Président