

DECISION DE LA CHAMBRE DE RECOURS PRONONCEE LE 24 MAI 2023
NUMERO DE ROLE : FB-010-22

EN CAUSE DE : **A.**

N° INAMI : ...

Comparaissant en personne et assistée de Maître B. et Maître C.

CONTRE : **SERVICE D'EVALUATION ET DE CONTRÔLE MEDICAUX,**
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 Madame E., juriste.

Exposé des faits - Antécédents :

Madame A. est infirmière, elle a fait l'objet d'une enquête de la part du SECM à la suite du haut profil des prestations qu'elle a attestées à charge de l'assurance soins de santé :

- pour les années 2016 et 2017, elle a dépassé le percentile 99 pour les honoraires forfaitaires (sauf un en 2017 où elle se trouve au percentile 97);
- elle a attesté des prestations 365 jours par an de 2013 à 2018.

Elle a travaillé en tant qu'indépendante jusqu'en 2018.

Des données informatiques ont été transmises par les organismes assureurs, et un questionnaire a été communiqué (en retard) par Madame A. le 18 avril 2019.

Le SECM a procédé à une visite à domicile le 23 avril 2019. A cette occasion, onze dossiers ont été demandés.

Madame A. a communiqué le 29 avril 2019 un courriel expliquant qu'elle avait subi un dégât des eaux en février 2019.

Sur les onze dossiers demandés :

- trois ont été remis directement et trois communiqués par la poste ultérieurement. Ils ont un aspect neuf. Les notes commencent toutes le 1^{er} janvier 2019. L'échelle de Katz, le contenu des prescriptions et l'identité du prescripteur manquent. Il est impossible d'identifier les prestations et les éléments relatifs à la planification et l'évaluation, qui auraient dû être réalisés tous les 15 jours, manquent, de même que le contenu supplémentaire en fonction des prestations de type 2 et 3.
- cinq dossiers manquent.

Ces points ont fait l'objet d'un procès-verbal de constat que l'infirmier contrôleur affirme avoir établi le 1^{er} octobre 2019, ce procès-verbal fut importé sur le système E-Dos et signé automatiquement le 8 octobre 2019.

Selon le SECM, pour les onze assurés sociaux, 28.188 prestations ont été facturées indûment (sur la période du 1^{er} septembre 2016 au 31 décembre 2018 et avec introduction auprès des organismes assureurs du 1^{er} octobre 2016 au 31 janvier 2019). L'indu s'élève à 250.559,19 €.

Aucun remboursement n'a été effectué.

Par requête adressée le 27 juillet 2021 par le Fonctionnaire-dirigeant du SECM, en application des articles 142 §1er et 144 §2 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 (ci-après dénommée « loi ASSI »), le SECM sollicitait de la Chambre de première instance que celle-ci déclare que le grief suivant est établi dans le chef de Madame A. :

Article 73bis, alinéa 1^{er}, 2^o :

Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer des documents réglementaires permettant le remboursement des prestations de santé lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, dans ses arrêtés et règlements d'exécution, dans les conventions et accords conclus en vertu de cette même loi (prestations non conformes).

Infraction aux dispositions de l'article 8 de la Nomenclature des prestations de santé, dans la mesure où les dossiers infirmiers n'existent pas ou ne répondent pas aux conditions prévues.

En conséquence, le SECM demandait de :

- Déclarer établi ce grief pour tous les cas cités dans la note de synthèse ;
- Condamner Madame A. au remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé, soit la somme de 250.559,19 € ;
- Condamner Madame A. au paiement d'une amende administrative s'élevant à 25% du montant des prestations indues, soit la somme de 62.639,80 € ;
- 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 seront dus, de plein droit, à compter de l'expiration du délai précité.

A titre subsidiaire, Madame A. sollicitait l'octroi de termes et délais à raison de 1.000,00 € par mois.

Les parties ont été entendues à l'audience du 31 mars 2022. Les débats ont été clos et la cause a été prise en délibéré.

Par décision du 12.05.2022 (n° FA-009-21), la Chambre de première instance :

- Déclare la demande du SECM à l'égard de Madame A. recevable et fondée ;
- Dit pour droit que les éléments matériels constitutifs de l'infraction visée à l'article 73*bis*, alinéa 1^{er}, 2°, de la loi ASSI sont établis dans le chef de l'intéressée ;

En conséquence,

- Déclare le grief établi pour tous les cas cités dans la note de synthèse ;
- Condamne Madame A. au remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé, soit la somme de 250.559,19 € ;
- Condamne Madame A. au paiement d'une amende administrative s'élevant à 25% du montant de la valeur des prestations indues, soit la somme de 62.639,80 € ;
- Dit qu'à défaut de paiement des sommes dues par Madame A. dans les 30 jours de la notification de la présente décision, des intérêts au taux légal en matière sociale seront dus, de plein droit, à compter de l'expiration de ce délai ;
- Déclare non fondée la demande de délais de paiement formulée par Madame A.

Mme A. interjeta appel de cette décision par requête du 13.06.2022.

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 :

1) Délai raisonnable :

Mme A. invoque la violation du principe général du délai raisonnable.

A cet égard toutefois il faut se garder de confondre le principe de bonne administration qui impose aux autorités administratives d'agir dans un délai raisonnable et le principe général de droit tiré notamment de l'article 6.1 de la Convention de sauvegarde des Droits de l'homme et des libertés fondamentales, toute personne a droit à ce que sa cause soit entendue équitablement, publiquement et dans un délai raisonnable par un tribunal indépendant et impartial établi par la loi qui décidera, soit des contestations sur ses droits et obligations de caractère civil soit du bien fondé de toute accusation en matière pénale dirigée contre elle.

Le principe de bonne administration susmentionné s'impose aux autorités administratives telles que le SECM et non pas aux juridictions administratives telles que la Chambre de 1^{ère} instance ou la Chambre de recours.

Inversement il incombe auxdites juridictions de statuer endéans un délai raisonnable.

Il convient donc de distinguer la période antérieure à la requête introductive d'instance de celle débutant avec celle-ci.

En l'espèce c'est un délai de moins d'un an qui sépare le dernier acte d'enquête du 08.10.2019 et le dépôt de la requête le 27.07.2021.

L'article 142§3,3° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, prévoyant un délai de 3 ans entre la date du procès-verbal de constat et la date de saisine de la Chambre de 1^{ère} instance a donc été parfaitement respecté en l'espèce.

Le principe général de droit administratif du respect du délai raisonnable n'est en outre « mobilisable » que subsidiairement à une intervention législative ou réglementaire fixant un délai de rigueur.

Par conséquent lorsqu'une norme écrite fixe un tel délai, peu importe de s'interroger sur la valeur du principe général de droit dans la hiérarchie des normes, son application est tout simplement écartée (Chambre de 1^{ère} instance, décision du 08.12.2017, n° FA-014-16 ; E. GOURDIN et M. KAISER, « Le principe général de droit administratif du respect du délai raisonnable », in S. BEN MESSAOUD et F. VISEUR, Les principes généraux de droit administratif Actualités et applications pratiques, Bruxelles, Larcier, 2017, p. 623).

Il n'y a pas non plus de violation du droit à être jugé endéans un délai raisonnable tel que visé à l'article 6.1 de la Convention européenne des droits de l'homme.

Le point de départ dudit délai est le moment où l'intéressé est tenu de prendre des mesures pour assurer la défense de ses intérêts.

En l'espèce, il y a lieu de considérer que le délai raisonnable a commencé à courir lorsque Madame A. a reçu le courrier recommandé du greffe de la Chambre de 1^e instance l'informant du dépôt de la requête du SECM.

Il s'est écoulé moins d'un an entre cette date et la décision du 12 mai 2022 de sorte qu'un tel délai ne peut être qualifié de déraisonnable.

Mme A. n'explicite par ailleurs pas en quoi ledit délai aurait entraîné un préjudice dans son chef, elle put au contraire poursuivre normalement ses activités.

La Chambre de recours n'aperçoit pas non plus en quoi ce délai aurait été de nature à entraîner une déperdition des preuves.

La procédure s'est de même poursuivie sans désespérer devant la Chambre de recours.

Au vu de ce qui précède, le délai raisonnable n'est pas dépassé et le moyen manque en fait comme en droit.

2) Éléments 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 du 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.

3) Grief unique: prestations non conformes - tenue incomplète du dossier infirmier :

3.1) Principes :

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. »

3.2) Application au cas d'espèce :

3.2.1) Validité du procès-verbal de constat – Principes :

L'article 64 du Code pénal social impose qu'un procès-verbal de constat d'infraction contienne au moins les données suivantes :

- « 1° l'identité du fonctionnaire verbalisant ;*
- 2° la disposition en vertu de laquelle le fonctionnaire verbalisant est compétent pour agir ;*
- 3° le lieu et la date de l'infraction ;*
- 4° l'identité de l'auteur présumé et des personnes intéressées ;*
- 5° la disposition légale violée ;*
- 6° un exposé succinct des faits en rapport avec les infractions commises;*
- 7° les date et lieu de rédaction du procès-verbal, le lien éventuel avec d'autres procès-verbaux, et, le cas échéant, l'inventaire des annexes. »*

L'article 66, alinéa 1^{er}, du même Code dispose que :

« Les procès-verbaux dressés par les inspecteurs sociaux font foi jusqu'à preuve du contraire pour autant qu'une copie en soit transmise à l'auteur présumé de l'infraction et, le cas échéant, à son employeur, dans un délai de quatorze jours prenant cours le lendemain du jour de la constatation de l'infraction. »

L'article 142 §2 de la loi ASSI dispose que :

« Les éléments matériels de l'infraction visée à l'article 73bis, sont constatés par les inspecteurs sociaux visés à l'article 146 dans un procès-verbal établi conformément à l'article 64 du Code pénal social.

A peine de nullité, ces constatations doivent intervenir dans les trois ans :

- a) à compter du jour où les documents relatifs aux faits litigieux sont reçus par les organismes assureurs ;*
- b) à compter du jour où les constatations communiquées par les commissions de profils ou par le Collège national des médecins-conseils sont reçues par le Service d'évaluation et de contrôle médicaux.*

Le procès-verbal de constat fait foi jusqu'à preuve du contraire pour autant qu'une copie en soit transmise à l'auteur présumé de l'infraction et, le cas échéant, à la personne physique ou morale visée à l'article 164, alinéa 2, dans un délai de quatorze jours prenant cours le lendemain du jour de la constatation de l'infraction par les inspecteurs sociaux visés à l'article 146. (...) »

Le délai de quatorze jours ne prend cours qu'à partir du jour où les enquêteurs sont en mesure de connaître avec certitude tous les éléments de l'infraction et qu'il ne subsiste plus aucun doute concernant l'identité du contrevenant. Le fait de savoir si tous les éléments de l'infraction sont connus avec certitude et qu'aucun doute ne subsiste concernant l'identité du contrevenant, constitue une appréciation de fait, laissée à l'appréciation souveraine du juge (Cass., 15 mai 2007, *Pas*, 2007, p. 914).

3.2.2) Validité du procès-verbal du 08.10.2019 - Application au cas d'espèce :

Madame A. estime que le procès-verbal du 1^{er} octobre 2019 serait dépourvu de force probante, car il ne précise pas le jour du constat de l'infraction, ce qui l'empêcherait de vérifier :

- le respect du délai de trois ans (prévu à peine de nullité) consacré par l'article 142 §2 de la loi ASSI ;

- le respect du délai de quatorze jours prévu aux articles 66, alinéa 1^{er}, du Code pénal social et 142 §2 de la loi ASSI.

La question qui se pose n'est pas de savoir si un procès-verbal non signé est ou non nul, dès lors qu'il comporte bien une signature, mais bien de savoir si le délai de 3 ans prévu à l'article 142§2 a bien été respecté.

En l'espèce il n'est pas contesté que le procès-verbal de constat daté du 1^{er} octobre 2019 ne faut importé sur le système E-Dos et signé électroniquement par l'infirmier contrôleur que le 8 octobre 2019.

Il convient de s'en tenir à cette date, seule date certaine.

Il est en effet impossible de vérifier si ledit procès-verbal fut ou non modifié entre la date à laquelle il aurait été établi, soit le 1^{er} octobre 2019 et le 8 octobre 2019.

Il s'ensuit que les éléments matériels de l'infraction antérieurs au 8 octobre 2016 doivent être écartés, seuls ceux intervenus à partir du 8 octobre 2016 pouvant être retenus à grief.

3.2.3) Matérialité de l'infraction :

Il ressort du procès-verbal de constat signé le 8 octobre 2019 faisant foi jusqu'à preuve du contraire que, sur onze dossiers demandés, cinq sont manquants et six incomplets.

3.2.3.1) Cas de force majeure – dégâts des eaux :

Madame A. expose qu'en ce qui concerne quatre dossiers manquants, plusieurs d'entre eux auraient été détruits par un dégât des eaux en février 2019.

Il appartient au magistrat d'apprécier souverainement, en fonction des circonstances de l'espèce, si les circonstances alléguées constituent un cas de force majeure.

En l'espèce Mme A. se borne à communiquer le témoignage d'un voisin, un sieur F., qui occupait une des caves de l'immeuble, et qui soutient avoir « évacué tous les cartons » qui s'y trouvaient.

La Chambre de recours ne peut, sur la base de ce seul témoignage laconique, considérer que le cas de force majeure allégué serait avéré.

Il n'est notamment pas démontré que la cave de l'immeuble de Mme A. servait à abriter ses archives.

M. F. invoque l'enlèvement de « cartons » sans plus de précisions, il ne parle à aucun moment de dossiers ou d'archives.

La Chambre de recours n'aperçoit pas non plus pourquoi M. F. se serait permis d'évacuer des effets qui ne lui appartenaient pas et se trouvant dans une cave qui n'était pas la sienne.

Mme A. ne produit aucune déclaration de sinistre à sa compagnie d'assurance et aucun procès-verbal d'évaluation du dommage .

Elle produit un rapport du 22.08.2017 de la firme G. chargée de procéder à une détection de fuites et faisant suite à un sinistre du 01.10.2016, dû à une obstruction des évacuations d'eau par de la graisse provenant du commerce de M. F. (boucherie).

La destination des caves de l'immeuble n'est cependant pas précisée, il n'est à aucun moment fait état de la présence d'archives à cet endroit.

Mme A. précise par ailleurs avoir déplacé ses archives à cet endroit lors de la rénovation de son bureau en 2018 de sorte que la Chambre de recours n'aperçoit pas en quoi ce sinistre, survenu en 2016, pourrait avoir causé la perte d'archives qui ne se trouvaient pas alors à cet endroit.

La firme G. intervint une seconde fois en février 2019 et faisait état : *« d'un manque d'étanchéité et un plastique qui obstrue la descente d'eau pluviale dans le sol en façade avant permet à l'eau de s'infiltrer par le mur en façade avant par temps de pluie et provoque des dégâts d'humidité au plafonnage, à la peinture et des inondations à répétition dans la cave de l'immeuble ».*

Rien n'indique toutefois que Mme A., postérieurement au premier sinistre, aurait converti cette cave, humide, sujette à inondations et qu'elle était censée partager avec un commerce de boucherie, en salle d'archives.

Aucun élément ne confirme une telle destination.

Enfin Mme A. n'explique pas pourquoi elle n'a pas tenté de reconstituer ses archives alors que selon ses propres dires, son secrétariat médical conserve ses dossiers complets sur support informatique.

3.2.3.2) Dossier H. :

Mme A. affirme avoir pu récupérer le dossier de Mme H., laquelle est décédée en 2018, auprès de la famille de cette dernière en 2021.

Les circonstances au cours desquelles ce dossier aurait été récupéré apparaissent cependant suspectes.

Mme A. n'explique pas comment ce dossier se serait retrouvé en possession des parents de Mme H. alors qu'il aurait dû, conformément à la réglementation en vigueur, être conservé pendant 5 ans par l'infirmière prestataire de soins, soit en l'espèce jusqu'en 2023.

Ce dossier est par ailleurs incomplet dès lors qu'il ne comporte pas d'évaluation et de planification tous les 15 jours pour un forfait B. Ce dossier ne peut donc être retenu à titre de preuve.

3.2.3.3) Six dossiers incomplets :

Mme A. affirme que si les dossiers sont incomplets et ne débutent qu'au 1^{er} janvier c'est parce que les dossiers des années précédentes auraient été détruits suite au dégât des eaux déjà invoqué.

Néanmoins comme relevé ci-avant, cette cause de justification ne saurait être retenue.

Par ailleurs même en tenant compte des échelles de Katz et les prescriptions conservées par son secrétariat médical, manquent toujours l'identification des prestations, les éléments relatifs à la planification et l'évaluation, ainsi que le contenu supplémentaire en fonction des prestations de type 2 et 3. En conclusion, les onze dossiers demandés sont incomplets ou manquants.

Le grief invoqué par le SECM est par conséquent établi.

3.3) Indu à rembourser :

Conformément à ce qui figure ci-dessus au point 3.2.2), il convient de procéder à un nouveau calcul en ne tenant pas compte des prestations introduites auprès des organismes assureurs en vue de remboursement avant le 8 octobre 2016.

Compte tenu de ce qui précède, il convient de constater que Madame A. a indûment bénéficié du remboursement de 27.311 prestations (au lieu de 28.188).

L'indu s'élève donc à la somme de **245.965,07 euros** (au lieu de 250.559,19 euros) et correspond, conformément à l'article 142§1 de la loi ASSI, au dommage financier subi par l'assurance soins de santé, soit en l'espèce au remboursement de 27.311 prestations effectuées sans que la réglementation n'ait été respectée.

Ce montant correspond bien au dommage réellement subi par l'INAMI dès lors que la tenue à jour d'un dossier infirmier comportant les mentions prévues par la loi est une condition essentielle au remboursement des prestations portées en compte.

La situation aurait, par exemple, été différente dans l'hypothèse d'une erreur de code où le dommage aurait alors correspondu à la différence de remboursement entre le code utilisé et le code correct.

4) Infractions - amende administrative :

4.1) Éléments 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.

4.2) Application au cas d'espèce :

Le SECM sollicite la confirmation de la condamnation de Madame A. au paiement d'une amende administrative égale à 25% du montant de l'indu.

Comme relevé ci-avant, l'élément matériel de l'infraction « non-conformité » 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 Mme 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.

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'elle n'ait jamais été sanctionnée dans le passé ne constitue pas non plus une erreur invincible.

En sa qualité d'infirmière expérimentée, Mme A. était justement à même plus que quiconque, de se rendre compte qu'elle 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 les infractions (sous réserve de ce qui précède) avaient bien été commises par Mme A. qu'elles lui étaient imputables et qu'aucune erreur invincible ne pouvait être retenue dans son chef.

4.3) Hauteur de la peine :

La sanction prévue à l'article 142, § 1^{er}, al. 1, 1^o de la loi ASSI, soit pour les prestations non effectuées, est une amende administrative comprise entre 50 % et 200 % du montant de la valeur des prestations concernées.

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

C'est en vain à cet égard que Madame A. invoque une discrimination dans son chef.

Il ressort au contraire de l'échelle des peines rappelée ci-avant que les infractions relatives à des prestations non effectuées sont sanctionnées plus durement que celles relatives à des prestations non conformes.

Pour le surplus c'est à bon droit que le premier juge a pu constater qu'il n'y a pas de dossiers infirmiers reprenant le contenu minimal requis par la nomenclature. Les manquements ne sont pas anodins et le montant des prestations indûment attestées est très élevé.

L'amende de 25% du montant de l'indu, soit **61.491,27 euros** (245.965,07 euros/4) , apparaît justifiée et proportionnée à la gravité de l'infraction, la période concernée s'étendant sur plus de 28 mois.

4.4) 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 73*bis*, commise pendant le délai d'épreuve.

La Chambre de recours considère, au vu notamment de l'absence d'antécédents spécifiques qu'il y a lieu d'assortir la totalité de l'amende relative aux prestations non conformes (soit **61.491,27 euros**) d'un sursis de 50% pendant un délai de trois ans et ce, dans le but d'inciter Madame A. à s'amender et à se conformer désormais strictement à la réglementation.

4.5) Intérêts :

Les sommes, dont les appelantes 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^{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).

4.6) 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 très partiellement fondé.

4.7) Délais de paiement :

Le juge a la faculté, nonobstant toute clause contraire, et en usant de ce pouvoir avec une grande réserve, d'accorder des délais pour le paiement de la dette suivant les circonstances au débiteur malheureux et de bonne foi.

De tels délais ne peuvent cependant être accordés lorsqu'il apparaît comme en l'espèce que le débiteur a d'ores et déjà bénéficié de larges termes et délais, qu'il n'est pas à même d'améliorer à court terme sa situation financière et que la créance exigible, en raison de son montant et du peu de ressources disponibles ne saurait être remboursée endéans un laps de temps raisonnable.

En l'espèce Madame A. sollicite la possibilité de payer sa dette à concurrence de 1.000,00 € par mois.

Ce montant apparaît particulièrement peu élevé au vu des sommes à rembourser (plus de 250.000 euros), Madame A. reconnaissant en outre être redevable d'autres dettes, notamment fiscales.

Il n'y a donc pas lieu d'y faire droit.

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

Composée des Docteurs PROFILI, VAN UYTVEN, Monsieur DECUYPER, Madame ORBAN ;

Après en avoir délibéré et statuant contradictoirement à l'égard des parties ;

Mmes PROFILI, ORBAN et Mrs VAN UYTVEN, DECUYPER, 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. recevable et partiellement fondé ;

Par conséquent, réformant :

- Condamne Madame A. au remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé, soit la somme de **245.965,07 euros** ;
- Condamne Madame A. au paiement d'une amende administrative s'élevant à 25% du montant de la valeur des prestations indues, soit la somme de **61.491,27 euros** ;
- Dit que cette dernière somme sera assortie d'un sursis partiel d'une durée de 3 ans correspondant à 50% de ladite amende ;

Confirme la décision prononcée le 12.05.2022 par la Chambre de première instance pour le surplus ;

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 prononcée à l'audience du 24 mai 2023 par M.
MATHIEU Emmanuel, président, assisté de Mme METENS Caroline, greffière.

METENS Caroline
Greffière

MATHIEU Emmanuel
Président