

DECISION DE LA CHAMBRE DE RECOURS DU 20 OCTOBRE 2023

Numéro de rôle FB-014-22

EN CAUSE DE : **Madame A.**

Hospitalière et assimilée

Ne comparaisant pas, représentée par Maître B., avocat.

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

Exposé des faits- Antécédents :

Madame A. est une infirmière brevetée, diplômée en 1981, elle a débuté son activité en tant qu'infirmière indépendante en 1986.

En 2015, elle constitue la S.R.L. E., qui perçoit les remboursements de soins. Cette société a été mise en liquidation par un jugement prononcé le 26 septembre 2022 par le tribunal de l'entreprise du Hainaut, division Mons.

À la suite d'une enquête, le SECM a constaté que Madame A. a obtenu, pour la période du 01.10.2017 au 30.06.2018, le remboursement de prestations de santé pour :

- 1) des prestations non effectuées : prestations forfait A en faveur de Madame F. alors que celle-ci était hospitalisée ; soins d'hygiène en faveur de Madame A. non réalisés ;
- 2) des prestations incomplètes : « petites toilettes » en faveur de Mesdames G. et H. ;
- 3) des prestations non couvertes par des prescriptions médicales (en faveur de Mesdames I., J. et madame H. et de Messieurs K. et Monsieur Z.) ou ne correspondant pas au libellé de celles-ci (en faveur de Mesdames H. et L. et de Monsieur Z.) ;
- 4) des prestations accomplies alors que le degré de dépendance requis n'était pas atteint : surcotation d'échelles de Katz pour Mesdames I., F., G., Monsieur K. et Madame L. ;
- 5) des prestations accomplies sans que le dossier infirmier du patient ne soit complet : dans les cas de Madame L. et de Monsieur Z.

Ces faits ont été constatés par un procès-verbal du 6 septembre 2019 rédigé par un infirmier-contrôleur du SECM.

Madame A. a communiqué ses moyens de défense par un courriel du 15 septembre 2021.

Par décision du 18.10.2021, le Fonctionnaire-dirigeant du SECM :

- Déclare établis les cinq griefs suivants :

1. Article 73bis, alinéa 1^{er}, 1^o :

Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer des documents réglementaires permettant le remboursement des prestations de santé lorsque les prestations n'ont pas été effectuées.

Infraction aux dispositions de l'article 8 §1^{er}, 1^o, I, B et II, 2^o, B et II de la Nomenclature des prestations de santé, dans la mesure où des prestations portées en compte au nom de deux bénéficiaires n'ont pas été effectuées.

2. 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.

Infraction aux dispositions de l'article 8 §1^{er}, 1^o, I, II et 2^o, I, II, de la Nomenclature des prestations de santé, dans la mesure où des prestations portées en compte au nom de deux bénéficiaires n'ont pas été réalisées de manière complète (toilettes incomplètes).

3. 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.

Infraction aux dispositions de l'article 8 §1^{er}, 1^o, I, et 2^o, I, de la Nomenclature des prestations de santé, dans la mesure où des prestations portées en compte au nom de six bénéficiaires n'ont pas été couvertes par des prescriptions médicales ou ne correspondaient pas au libellé des prescriptions médicales.

4. 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.

Infraction aux dispositions de l'article 8 §1^{er}, 1^o, II et 2^o, II, de la Nomenclature des prestations de santé, dans la mesure où des prestations portées en compte au nom de cinq bénéficiaires alors que le degré de dépendance requis par le libellé des prestations litigieuses n'était pas atteint (surcotation d'échelles de Katz).

5. 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.

Infraction aux dispositions de l'article 8 §3, 5°, de la Nomenclature des prestations de santé, dans la mesure où des prestations ont été portées en compte au nom de deux bénéficiaires alors que leur dossier infirmier est incomplet.

- Condamne solidairement Madame A. et la S.R.L. E. à rembourser la valeur des prestations indues, soit 27.519,13 € ;
- Condamne Madame A. à payer, pour le grief n°1, une amende s'élevant à 150% du montant de la valeur des prestations indues, soit 1.087,48 € ;
- Condamne Madame A. à payer, pour les griefs n°2 à 5, une amende s'élevant à 100% du montant de la valeur des prestations indues, mais sans tenir compte de celles relatives au grief n°5, soit un total de 26.376,73 € ;
- Dit qu'à défaut de paiement des sommes dues dans les 30 jours de la notification de la décision contestée, des intérêts au taux légal en matière sociale seront dus, de plein droit, à compter de l'expiration du délai précité.

Par requête du 25 novembre 2021, Madame A. demandait à la Chambre de première instance :

- A titre principal, d'annuler la décision contestée ;
- A titre subsidiaire, d'accorder un sursis quant à l'amende.

Par décision du 24.11.2022, la Chambre de première instance confirmait la décision du Fonctionnaire-dirigeant.

Madame A. interjeta appel de cette décision par requête du 22 décembre 2022 notifiée par le greffe de la Chambre de recours au SECM le 3 janvier 2023.

A l'audience du 14.09.2023 il a été constaté que Mme A. avait remboursé l'indu et qu'elle avait cessé ses activités, étant actuellement en invalidité.

Recevabilité de l'appel :

La recevabilité de l'appel de Mme A. n'est actuellement plus contestée.

Discussion :

A) Signature de la décision de la Chambre de première instance :

Ce moyen n'est actuellement plus soulevé par Mme A.

B) Éléments 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 al2 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.

C) Infractions – Normes applicables :

L'article 73bis de la loi ASSI dispose 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, §1^{er} :

1° de rédiger, faire rédiger, délivrer ou faire délivrer des documents réglementaires permettant le remboursement des prestations de santé lorsque les prestations n'ont pas été effectuées ou fournies ou lorsqu'elles ont été effectuées ou fournies durant une période d'interdiction temporaire ou définitive d'exercice de la profession ;

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

(...)

Les documents réglementaires précités visent aussi bien les documents papier que les documents en version électronique conformément à l'article 9bis. »

L'article 8 §1^{er} de la Nomenclature des prestations de santé fixe la liste des prestations requérant la qualification d'infirmier. L'article 8 §3, 5°, impose comme condition au paiement d'honoraires l'établissement d'un dossier infirmier complet.

D) Application : matérialité des infractions

Madame A. s'en réfère à justice quant à la matérialité des infractions qui lui sont reprochées.

Le « référé à justice » étant un mode de contestation de la demande, il convient d'examiner sommairement les griefs reprochés.

Grief n°1 : prestations non effectuées

En ce qui concerne Madame F., c'est à juste titre que le premier juge a pu rappeler que les données authentifiées communiquées par les organismes assureurs faisaient foi jusqu'à preuve du contraire, conformément à l'article 138 de la loi ASSI et que Mme A. n'aurait pas pu effectuer la prestation du 14.11.2017 dès lors qu'à cette date Mme F. était hospitalisée ainsi que cela apparaît des données authentifiées communiquées par les organismes assureurs.

S'agissant de Monsieur A., tant les auditions de ce dernier que de Madame A. démontrent que les toilettes portées en compte n'ont pas été effectuées.

Madame A. a en effet déclaré ne jamais avoir fait des toilettes complètes à son frère. Et celui-ci confirme la simple application de pommade. Quant à la prescription du Docteur M., elle ne mentionne pas des toilettes, mais simplement une « douche 1 x / j » sans autre précision. Et elle est produite après l'enquête, *in tempore suspecto*.

Grief n°2 : prestations incomplètes

Il ressort du témoignage clair et circonstancié de Madame G. que Madame A. lui donnait des demi-toilettes en-dehors des trois douches. Madame A. reconnaissant pour sa part une « petite toilette ».

En ce qui concerne Madame H., cette dernière explique que Madame A. lui lavait les pieds et le dos, en dehors des toilettes complètes. Et l'intéressée reconnaît un lavage partiel.

Il s'ensuit que les prestations accomplies par Madame A. ne correspondent pas à des toilettes complètes.

Ce grief est donc fondé.

Grief n°3 : prestations non couvertes par des prescriptions médicales

Madame A. n'a communiqué que fort tardivement les duplicatas de prescriptions obligatoires pour certaines prestations.

A cet égard le premier juge a pu constater à juste titre que le Docteur N., auteur de plusieurs de ces duplicatas, admet les avoir rédigés à la demande de l'intéressée, sans trace de consultations des patients et sur base des seules déclarations de Madame A.

Le Docteur N. admet par ailleurs ignorer la signification de plusieurs termes utilisés (pansement complexe, forfait B).

Ces duplicatas, au vu des circonstances de leur rédaction, apparaissent dénués de toute force probante.

Ce grief est établi.

Grief n°4 : surcotation d'échelles de Katz

Madame A. expose que les échelles en question avaient été établies à l'époque des prestations par les médecins dans leurs prescriptions. Elle ne peut donc accepter leur remise en cause, d'autant plus sur base de déclarations de patients dont certains sont atteints de la maladie d'Alzheimer.

Le SECM rappelle tout d'abord que les patients auditionnés ont pu indiquer précisément quel était leur état, le cas échéant avec l'aide de leur famille. Il rappelle ensuite que Madame A. a pu émettre des observations sur l'évaluation des cotations des patients que le SECM a suivies pour retenir la cotation finale (à deux exceptions près).

En tout état de cause les échelles de Katz utilisées par Madame A. comprenaient des cotations trop élevées. Celles-ci ont été revues par le SECM et l'intéressée, sur base des déclarations des patients et de Madame A. elle-même.

Ce grief est donc établi.

Grief n°5 : dossiers infirmiers incomplets

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

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

« Sans préjudice d'éventuelles poursuites pénales et/ou disciplinaires et nonobstant les dispositions des conventions ou des accords visés au Titre III, il est interdit aux dispensateurs de soins et assimilés, sous peine des mesures énoncées à l'article 142, § 1er :

(...)

2° de rédiger, faire rédiger, délivrer ou faire délivrer les documents réglementaires précités lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans la présente loi, dans ses arrêtés et règlements d'exécution, dans les conventions et accords conclus en vertu de cette même loi. »

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

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

- **article 8§2**

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

- **article 8§3**

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

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

- **article 8§4 2°**

« Le contenu minimal du dossier infirmier comporte au moins :

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

(...)

"Lorsque les soins infirmiers dispensés au bénéficiaire comportent des prestations spécifiques techniques de soins infirmiers, décrites à la rubrique III du § 1er, 1° ; 2° ; 3° et 3° bis de cet article, ou des soins de plaie(s) spécifiques, décrits au § 8, 1° de cet

article ou d'autres prestations décrites au § 1er, 1°, V, VI et VII et au § 1er, 2°, V et VI, ou lorsque les soins sont dispensés dans le cadre des honoraires forfaitaires par journée de soins pour les patients palliatifs, décrits à la rubrique IV du § 1er, 1° et 2° de cet article, le contenu minimal du dossier infirmier comporte alors, en plus des éléments des deux premiers alinéas de cette disposition, également :

- les éléments spécifiques pour ces prestations fixés dans cet article. Dans les hypothèses visées à l'alinéa 6, par dérogation à l'alinéa 3 et à l'exception des prestations du § 1er, 1°, VI et VII, et du § 1er, 2°, VI, les éléments relevant concernant la planification et l'évaluation des soins mentionnés 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. »

En ce qui concerne Madame L., des prestations pour un avis infirmier ont bien été encodées, alors qu'aucun avis de ce type n'est repris dans le dossier infirmier.

Tant les soins de plaies complexes ou spécifiques doivent être planifiés et faire l'objet d'un dossier infirmier.

En ce qui concerne Monsieur Z., un dossier de soins de plaies complexes (répondant aux prescrits des circulaires 2012/01 et 2003/2) n'est pas repris dans le dossier infirmier, alors que ces soins ont été donnés par Madame A., ce qu'elle reconnaît elle-même.

Ce grief est donc établi.

Madame A. a bénéficié indûment de remboursements à charge de l'assurance soins de santé.

Ceux-ci ont été évalués à la somme totale de 27.519,13 €.

Il a été constaté à l'audience du 14.09.2023 que ce montant avait été remboursé le 12.09.2023.

E) Infractions - amende administrative :

e.1) Eléments constitutifs des infractions – principes :

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

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

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

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

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

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

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

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

e.2) Application au cas d'espèce :

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

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

L'élément moral est également établi, le non-respect de la nomenclature des prestations de santé ayant été commis librement et consciemment par 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'il n'ait jamais été sanctionné dans le passé ne constitue pas non plus une erreur invincible.

En sa qualité d'infirmière expérimentée, Madame 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 avaient bien été commises par Mme A. et lui étaient imputables et qu'aucune erreur invincible ne pouvait être retenue dans son chef.

e.3) Hauteur de la peine :

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

Le Fonctionnaire dirigeant a infligé à Madame A. les sanctions suivantes :

- Pour les prestations non effectuées (grief n°1) : 150% du montant de la valeur des prestations indues, soit **1.087,48 €**. Cette sanction est motivée par le fait qu'il s'agit de l'infraction la plus grave commise par un dispensateur de soins.
- Pour les prestations non conformes (griefs n°2 à 5) : 100% du montant de la valeur des prestations indues, mais sans tenir compte de celles relatives au grief n°5, soit un total de **26.376,73 €**.

Ces sanctions apparaissent justes et proportionnées au vu notamment :

- de la gravité des infractions ;
- de la longueur de la période infractionnelle qui s'étend sur plusieurs mois ;
- de l'absence de tout remboursement volontaire de l'indu ;
- de l'absence de rigueur dans la tenue des dossiers des patients ;
- de la longue expérience de Mme A..

e.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.

Compte tenu de l'absence d'antécédents dans les 3 ans précédant le prononcé de la présente décision dans le chef de Mme A., du remboursement total de l'indu, du montant relativement

modéré de celui-ci et de la cessation des activités de Mme A., la Chambre de recours considère qu'il y a lieu d'assortir les amendes administratives d'un **sursis partiel**, pendant un délai d'épreuve de 3 ans, fixé à **2/3 du montant des amendes infligées**.

F) 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 partiellement fondé.

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

Composée des Docteurs Fabienne EVELETTE et Francine PROFILI, de Madame Jacqueline ORBAN et de Monsieur Edgard PETERS, membres ;

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

Les Docteurs Fabienne EVELETTE et Francine PROFILI, Madame Jacqueline ORBAN et Monsieur Edgard PETERS, 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 la décision entreprise :

- Constate que l'indu litigieux a été remboursé ;
- Dit que les amendes de 1.087,48 € pour le grief n°1 et de 26.376,73 € pour les griefs n°2 à 5 seront assorties d'un sursis des 2/3 de leurs montants respectifs pendant un délai d'épreuve de 3 ans ;

Confirme le surplus de la décision prononcée le 24.11.2022 par la Chambre de première instance.

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 des Docteurs Fabienne EVELETTE et Francine PROFILI, de Madame Jacqueline ORBAN et de Monsieur Edgard PETERS.

La présente décision est prononcée à l'audience du 20 octobre 2023 par Monsieur Emmanuel MATHIEU, président, assisté de Madame Françoise DELROEUX, greffière.

Françoise DELROEUX
Greffière

Emmanuel MATHIEU
Président