

**DECISION DE LA CHAMBRE DE RECOURS DU 4 AVRIL 2023**

**Numéro de rôle FB-004-22**

EN CAUSE DE : **Madame A.**

**Infirmière brevetée**

Comparaissant en personne et assistée de Maître B.

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, et par Madame D., juriste.

**Exposé des faits - antécédents :**

Mme A. a un diplôme d'infirmière brevetée obtenu le 15 septembre 2001 et est conventionnée depuis le 9 novembre 2012.

Elle a travaillé comme salariée dans divers emplois depuis juillet 2001, notamment dans le secteur des soins de santé (maisons de repos...). Entre le 16 octobre 2012 et le 31 juillet 2013, elle exerça en qualité d'indépendante complémentaire puis à titre principal.

Par acte du 26.11.2012 reçu par le notaire E. de résidence à ..., Mme A. a constitué, avec Mme F. (qui n'est pas infirmière), la SPRL G., dans le but d'organiser les soins infirmiers des résidents au sein de la structure d'hébergement non-agrèée (SHNA) « ... » à .... (résidence communautaire).

Mme F. fut désignée gérante.

Mme A. a travaillé comme salariée de cette société du 1<sup>er</sup> août 2013 au 31 mars 2018. Elle y exerçait la fonction d'infirmière-chef.

Mme A. n'a aucun antécédent.

Madame A. et plusieurs membres du personnel de soins salariés par la SPRL G. jusqu'au 31.03.2018 ont été transférés vers un Groupement infirmier H., n° BCE ... à partir du 01.04.2018.

Trois infirmières salariées (dont Mme A.) ont dispensé les soins infirmiers aux résidents.

Toutes les prestations de soins infirmiers ont été portées en compte en tiers payant à l'assurance par Mme A. avec son numéro de tiers payant INAMI individuel via le système MyCareNet, sans qu'aucun mandat ne lui ait été donné pour cette facturation.

Les prestations en litige portent sur la période du 6 février 2015 au 1<sup>er</sup> décembre 2016, période d'introduction au remboursement auprès des organismes assureurs. Les remboursements ont été perçus par la SPRL G.

Lors de son audition du 1<sup>er</sup> juin 2017, Mme A. a expliqué :

*« Je coche moi-même mes soins dans MyCareNet, parfois avec l'aide de madame F. Je n'ai pas donné de mandat à madame F. pour facturer mes soins dans MyCareNet à ma place, elle ne peut le faire que si je suis présente. (...) J'introduis mes propres soins en tant que dispensatrice, mais même si madame F. peut m'aider pour encoder, c'est toujours moi qui envoie la facturation aux mutuelles via MyCareNet.*

*(...)*

*Il n'y a pas de n° INAMI de groupe au sein des « ... ».*

*Je facture moi-même avec ma carte d'identité les soins réalisés par chacun de mes collègues infirmiers déjà cités dans cette audition. Sur question, mes collègues infirmiers ne m'ont pas donné mandat pour facturer leurs soins aux mutuelles. Je suis l'unique détentrice de la licence MyCareNet ».*

Le 20 octobre 2017, Mme A. déclarait :

*« (...) j'ai du mal avec l'utilisation du programme MYCARENET et par conséquent c'est Mme F. qui introduit toute la facturation via MYCARENET. J'ai effectué une ou deux fois la tarification complètement toute seule au début de mon activité aux ... en fin 2012 (...) Je confirme que cette tarification (...) depuis fin 2012 a été effectuée essentiellement par Mme F. en introduisant ma carte d'identité personnelle (...) (...) Mme F. organisait totalement l'encodage des prestations facturées aux organismes assureurs via MYCARENET (...) ».*

Le numéro INAMI tiers payant individuel de Mme A. a servi à facturer la totalité des prestations litigieuses à l'assurance.

Le profil de remboursement de Mme A. s'est élevé de 2013 à 2017 entre 276.000 euros et 415.000 euros par an.

Un numéro INAMI tiers payant de groupe a été attribué après la période en litige, soit à partir du 1<sup>er</sup> juin 2017.

C'est ce profil de remboursement élevé qui a déclenché l'enquête.

Le SECM a procédé aux devoirs d'enquête usuels.

Un procès-verbal de constat, dressé le 16 janvier 2018, a été notifié aux défenderesses le 18 janvier 2018.

Il est reproché à Mme A., d'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 SSI, dans ses arrêtés et règlements d'exécution, dans les conventions et accords conclus en vertu de cette même loi, au sens de l'article 73bis, 2° de la loi SSI.

En l'espèce, il s'agit :

- Grief 1 : pour 54 résidents du SHNA « ... », des honoraires forfaitaires par journée de soins pour des patients lourdement dépendants (dits forfaits A, B et C) tels que repris à l'article 8, § 1er, 1° et 2°, II de la nomenclature ont été portés en compte à l'assurance obligatoire soins de santé pour des assurés séjournant au domicile ou à la résidence du bénéficiaire, alors qu'en réalité ces prestations ont été effectuées au domicile ou à la résidence communautaires, momentanés ou définitifs, de personnes handicapées tel que prévu à l'article 8, § 1er, 3°bis de cette même nomenclature qui prévoit un remboursement moindre des prestations par l'assurance soins de santé et indemnités vu notamment l'absence de déplacement dans ce cas de figure pour les dispensateurs de soins.
- Grief 2 : pour 7 résidents du SHNA « ... », des honoraires forfaitaires par journée de soins pour des patients lourdement dépendants (dits forfait A, B et C) tel que repris à l'article 8, § 1er, 1° et 2°, II de la nomenclature, ont été portés en compte à l'assurance obligatoire soins de santé pour des montants supérieurs à ce qu'ils auraient dû être car les scores de dépendance ont été surévalués.

Toutes les prestations concernées pour ces 7 résidents ayant déjà fait l'objet d'un calcul d'un premier débours pour l'assurance soins de santé au grief n° 1, le calcul du débours pour ce grief n° 2 partira du montant résiduel calculé au grief n° 1.

La valeur des prestations indûment portées en compte à l'assurance soins de santé était évaluée à 178.543,88 euros.

La SPRL G. a été déclarée en faillite par jugement du 21 août 2018 du tribunal de l'entreprise du ..., division ... et Me I. a été nommée curatrice.

La Chambre de première instance a été saisie par requête du 15 décembre 2020.

Aux termes de celle-ci, 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 ;
- Condamner solidairement Mme A. et la SPRL G. au remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé, soit la somme de 178.543,88 euros (article 142, § 1er, 2° de la loi ASSI) ;
- Condamner Mme A. au paiement d'une amende administrative s'élevant à 75% du montant de la valeur des prestations indues, soit la somme de 133.907,91 euros (article 142, § 1er, 2° de la loi ASSI), assortie d'un sursis de trois années pour les deux tiers de celle-ci, soit une amende effective de 44.635,97 euros et une amende avec un sursis de trois ans de 89.271,94 euros ;
- Dire qu'à défaut de paiement des sommes dues dans les 30 jours de la notification de la décision de la Chambre de première instance, des intérêts au taux légal en matière sociale, tel que prévu à l'article 156, § 1er de la loi ASSI, seront dus, de plein droit, à compter de l'expiration du délai précité.

Le 04.10.2021, Mme A. se constitua partie civile à l'encontre de Mme F. entre les mains de Mme le juge d'instruction ... du tribunal de première instance du ... du chef de faux et usage de faux, abus de confiance et usurpation d'identité.

Cette procédure est actuellement toujours en cours.

Par décision du 21.01.2022, la chambre de première instance :

- Déclarait établis les griefs formulés pour tous les cas cités dans la note de synthèse ;
- Condamnait solidairement Mme A. et la SPRL G. au remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé, soit la somme de 178.543,88 euros (article 142, § 1er, 2° de la loi ASSI) ;
- Dit qu'à défaut de paiement de cette somme dans les 30 jours de la notification de la décision de la Chambre de première instance, des intérêts au taux légal en matière sociale, tel que prévu à l'article 156, § 1er de la loi ASSI, seront dus, de plein droit, à compter de l'expiration du délai précité ;
- Réserve à statuer sur le volet de la demande du SECM qui porte sur l'amende administrative, dans l'attente de l'issue de la procédure pénale en cours suite à la plainte déposée par Mme A. contre Mme F. ;
- Dit que la cause sera refixée sur ce point à la demande de la partie la plus diligente, une fois la procédure pénale clôturée.

Par requête du 25.02.2022, Mme A. interjetait appel de cette décision et sollicite :

- A titre principal, qu'il soit dit pour droit qu'elle n'a commis aucune faute susceptible d'engager sa responsabilité, et qu'il n'y a pas lieu de prononcer une condamnation au remboursement de l'indu contre celle-ci ;
- Elle précise à cet égard que :
  - o L'organisme-assureur ne démontre pas l'existence d'un dol, d'une faute lourde, ou d'une faute légère habituelle ;
  - o En tout état de cause, elle n'a pas commis de faute constitutive d'un dol, de faute lourde, ou de faute légère habituelle ;
- A titre subsidiaire, de surseoir à statuer dans l'attente de l'issue de l'action pénale contre la gérante de la société G., Madame F., seule responsable des griefs relevés par le SECM.

### **Recevabilité de l'appel :**

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

### **Discussion :**

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

##### a.1) 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.

#### a.2) Incidence d'un mandat :

Mme A. ne conteste ni l'existence ni le quantum de l'indu au remboursement duquel elle a été condamnée mais affirme, revenant sur ses déclarations initiales, que seule la gérante de la SPRL G., Mme F., à qui elle aurait confié sa carte d'identité et son numéro INAMI personnel en vue de porter les prestations litigieuses en compte serait à l'origine dudit indu.

Il convient tout d'abord de constater que Mme A. ne démontre pas que ses premières déclarations, notamment celles recueillies le 01.06.2017, selon lesquelles elle encodait elle-même ses prestations auraient été faites sous la contrainte ou l'influence de Mme F.

En tout état de cause et même à s'en tenir à la seconde version de Mme A. selon laquelle elle aurait mandaté Mme F. en vue de porter en compte les prestations litigieuses, il conviendrait encore de constater que cette circonstance ne serait nullement évasive de sa propre responsabilité.

Le mandant est lié par les effets juridiques de la représentation.

En effet, même s'il le fait de manière défectueuse ou critiquable, le mandataire s'acquitte de ce pour quoi il a été désigné.

Les fautes commises par le mandataire dans l'exécution de sa mission sont imputables au mandant, sauf à ce dernier à démontrer qu'elles outrepassent les bornes de son pouvoir (Cass., 22 avril 1985, Pas., 1985, I, p. 1021).

Il en découle qu'il est interdit au mandant d'invoquer la faute de son mandataire comme cause étrangère libératoire.

C'est d'ailleurs pour cette raison que l'article 73bis, 1° et 2° de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 précise 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<sup>er</sup> :

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 ».

Il appartenait donc à Mme A., en sa qualité de dispensateur de soins, de vérifier ce qui était attesté à son nom et de contrôler l'usage qu'aurait fait Mme F. de sa carte et de son numéro INAMI.

La circonstance que Mme F. aurait éventuellement pu être poursuivie est également sans incidence sur l'appréciation de la propre responsabilité de Mme A., la décision d'entamer ou non des poursuites étant un choix en opportunité laissé à la seule appréciation du SECM.

### a.3) Incidence de l'existence d'un contrat de travail :

Mme A. se prévaut de l'article 18 de la loi du 03.07.1978 relative aux contrats de travail selon lequel :

« En cas de dommages causés par le travailleur à l'employeur ou à des tiers dans l'exécution de son contrat, le travailleur ne répond que de son dol et de sa faute lourde. Il ne répond de sa faute légère que si celle-ci présente dans son chef un caractère habituel plutôt qu'accidentel... ».

A cet égard il convient de rappeler qu'en mettant à charge du dispensateur de soins, qui a par sa faute ou par sa négligence occasionné un paiement indu, l'obligation de rembourser à l'organisme assureur les sommes indûment payées, le législateur a répondu à la nécessité de protéger l'assurance maladie-invalidité, plus précisément les deniers publics, contre ceux qui pourraient obérer ceux-ci par leur négligence ou par des abus, au moyen d'un système de contrôle qui ne peut être efficace sans une certaine rigidité.

L'obligation qui est ainsi mise à charge du dispensateur de soins ne s'écarte pas fondamentalement du droit commun. En effet, le droit commun entraîne lui aussi des conséquences sévères pour celui qui a reçu un paiement dont il ignorait le caractère indu ou qui a causé par sa faute légère un dommage important. L'étendue de l'obligation à charge du prestataire de soins ne diffère ni de

l'étendue de l'obligation de restitution lorsqu'il y a répétition d'indu, celle-ci couvrant l'intégralité de l'indu, ni de l'étendue de l'obligation de réparation en cas de responsabilité civile, laquelle couvre, également, l'intégralité du dommage subi.

La Cour d'arbitrage, appelée à se pencher sur la constitutionnalité de l'article 164 al2 de la loi coordonnée le 14.07.1994 a considéré que le régime de responsabilité mis en place par cette disposition peut être combiné avec la protection accordée par l'article 18 de la loi du 3 juillet 1978, de sorte que, lorsque le dispensateur de soins qui ne s'est pas conformé aux dispositions légales et réglementaires a commis cette faute administrative dans l'exécution de son contrat, l'organisme assureur qui entend le faire condamner au remboursement visé à l'article 164, alinéa 2, des sommes qu'il a payées indûment doit démontrer que cette faute est constitutive de dol ou de faute lourde ou qu'il s'agit d'une faute légère habituelle (Cour d'arbitrage, arrêt n° 185/2006 du 29 novembre 2006).

Un raisonnement identique doit être tenu pour l'article 142 §1, 2° de la loi coordonnée le 14.07.1994.

En l'espèce cependant la faute de Mme A. ne peut nullement être qualifiée de légère et occasionnelle.

Même en considérant les explications données par Mme A. dans sa seconde version des faits, à savoir que c'est Mme F. qui organisait totalement l'encodage des prestations facturées aux organismes assureurs via MyCareNet, il appartenait à Mme A. de vérifier la manière dont ces prestations étaient encodées et non de s'en désintéresser totalement comme elle prétend l'avoir fait.

Le fait de confier de manière habituelle sa carte d'identité à un tiers, fût-il le gérant de son employeur, de lui confier ses codes d'accès sur MyCareNet, de lui laisser l'entière gestion de l'encodage de ses prestations sans vérifier celles-ci dont notamment les échelles de Katz retenues, est constitutif d'une faute qui doit être qualifiée de lourde et que n'aurait pas commise une infirmière normalement prudente et diligente placée dans les mêmes circonstances.

Cette faute peut d'autant moins être qualifiée de légère et occasionnelle que les montants en jeu sont considérables et que les prestations litigieuses s'étendent sur une période de plusieurs mois et que, comme relevé ci-avant, il s'agissait bien d'un comportement habituel dans le chef de Mme A.

Ce moyen est donc non fondé.

#### a.4) Incidence d'une faute éventuelle de Mme F., personne assimilée à un dispensateur de soins – Surséance à statuer :

Le SECM rappelle à juste titre qu'en adoptant les dispositions précitées (ndlr l'article 142, § 1er, alinéa 1er et l'article 2n) de la loi coordonnée du 14 juillet 1994), le législateur a eu en vue de permettre la condamnation des dispensateurs de soins et de personnes et/ou institutions pour lesquelles ils travailleraient et qui les auraient contraintes à commettre des irrégularités. Il ne ressort ni du texte de



l'article 142 de la loi coordonnée ni des travaux préparatoires de la loi que le législateur aurait eu en vue d'exonérer de manière absolue un dispensateur de soins de sa responsabilité au motif qu'une personne assimilée à un dispensateur de soins pourrait voir sa responsabilité engagée.

En conséquence, dès lors qu'un dispensateur de soins accomplit un des actes proscrits par l'article 73bis de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, sa responsabilité est susceptible d'être mise en cause, le cas échéant conjointement avec celle d'une personne y assimilée. » (CE. N° 247.257 du 9 mars 2020).

La responsabilité éventuelle de Mme F. n'a donc aucune incidence sur celle, propre de Mme A.

Il n'y a donc aucun *risque de contradiction entre la décision à rendre dans le présent litige l'opposant au SECM, et la décision qui sera rendue, au pénal, dans le cadre de la plainte qu'elle a dirigée contre Mme F. en ce qui concerne le remboursement de l'indu par Mme A.*

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

**b) Infractions - amende administrative – Surséance à statuer:**

Il convient de relever qu'aucun appel n'est formé contre la décision du premier juge en ce que celui-ci réserve à statuer sur le volet de la demande du SECM qui porte sur l'amende administrative, dans l'attente de l'issue de la procédure pénale en cours à la suite de la plainte déposée par Mme A. contre Mme F.

Le premier juge demeure donc saisi de ce volet du litige.

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

Composée de Monsieur Emmanuel MATHIEU, président, du Docteur Francine PROFILI et de Monsieur Meidhi DALLATURCA, membres ;

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

Le Docteur Francine PROFILI et Monsieur Meidhi DALLATURCA 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 mais non fondé et par conséquent l'en déboute;

Confirme les dispositions entreprises de la décision prononcée le 21.01.2022 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 de Monsieur Emmanuel MATHIEU, président, du Docteur Francine PROFILI et de Monsieur Meidhi DALLATURCA.

La présente décision est prononcée à l'audience du 4 avril 2023 par Monsieur Emmanuel MATHIEU, président, assisté de Madame Françoise DELROEUX, greffière.

Françoise DELROEUX  
Greffière

Emmanuel MATHIEU  
Président