

**DECISION DE LA CHAMBRE DE RECOURS DU 9 NOVEMBRE 2017
FB-003-17**

EN CAUSE DE : **Madame A.**
Praticienne de l'art dentaire - licenciée en science dentaire,

Ne comparaisant pas ;

La SPRL B. représentée par Maître C. et par Monsieur D.,
secrétaire de la SPRL B. ;

La SPRL E. (en liquidation) représentée par Maître F. loco Maître
G. ;

CONTRE : **SERVICE D'EVALUATION ET DE CONTRÔLE MEDICAUX,**
institué au sein de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité,
établi à 1150 Bruxelles, Avenue de Tervueren, 211 ;

Représenté par le Docteur H., médecin-inspecteur, et par Madame
I., juriste.

1. Exposé des faits - antécédents

Dans le cadre d'un contrat de collaboration la SNC E. a mis un cabinet dentaire à disposition de la SPRL B. au sein des centres J. et K.

M. L. et Mme M. étaient à l'époque administrateurs de la SNC E.

Mme A., licenciée en science dentaire, a signé des attestations de soins pour la SPRL B. dont elle est la gérante.

Dans une audition du 26.10.2011, Mme A. déclarait que son époux, M. D. , s'occupait de la gestion administrative de la SPRL B.

Le 26.10.2011, Mme A. déclarait :

« Je considère irrévocablement que l'échantillon des prestations 304312 étudiées le 12.10.2011 et aujourd'hui est parfaitement représentatif des 496 prestations 304312 portées en compte en tiers payant pour la période du 01.12.2009 au 30.11.2010 (date de réception à l'O.A.).

De même je considère irrévocablement que l'échantillon des prestations 304555 étudiées les 29.06.2011, 05.10.2011 et 12.10.2011 est parfaitement représentatif des 233 prestations 304555 portées en compte en tiers payant pour la période du 01.12.2009 au 30.11.2010 (date de réception à l'O.A.). ».

Un procès-verbal de constat fut établi le 29.11.2011 par le SECM.

Par décision du 31.10.2013, le Fonctionnaire-dirigeant du SECM :

- condamnait solidairement Mme A., la SPRL B. et la SNC E. à rembourser la valeur de prestations indûment versées par l'assurance soins de santé soit les sommes respectives de 1780,08 € (premier grief, tiers payant) et de 28.074 € (second grief) ;
- condamnait solidairement Mme A. et la SPRL B. à rembourser la valeur de prestations indûment versées par l'assurance soins de santé soit la somme de 139,33 € (premier grief, paiement direct) ;
- infligeait à Mme A. une amende administrative s'élevant à 250 € majorée des décimes additionnels (x6) soit une amende effective de 1500 € pour le premier grief ;
- infligeait à Mme A. une amende administrative s'élevant à 250 € majorée des décimes additionnels (x5,5) soit une amende effective de 1375 € pour le deuxième grief.

Les griefs sont les suivants :

Premier grief - prestations non effectuées

- avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer des documents réglementaires visés dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14.07.1994 ou dans ses arrêtés et règlements d'exécution alors que les prestations n'ont pas été effectuées ou fournies, à savoir avoir porté en compte (paiement direct) ou fait porter en compte à l'assurance soins de santé (tiers payant) des prestations qu'elle n'a pas effectuées en ce qui concerne 60 prestations (303590, 304312, 30493, 304415, 304430 et 304533) pour 8 assurés, situées entre le 16.02.2011 et le 12.04.2012 et introduites au remboursement entre le 31.03.2011 et le 31.05.2012, ayant généré un indu de 1919,41 € ;

Second grief - prestations non conformes

- avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer des documents réglementaires visés dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14.07.1994 ou dans ses arrêtés et règlements d'exécution, lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans ladite loi, dans ses arrêtés et règlements d'exécution ou dans les convention et accords conclus en vertu de cette même loi, à savoir avoir fait porter en compte à l'assurance soins de santé par le système du tiers payant, des prestations non conformes en violation de l'article 6 §4 de la nomenclature, la radiographie étant soit inexistante soit non démonstrative en ce qui concerne d'une part 148 prestations 304312 (soit 30% des 496 prestations 304312 attestées en tiers payant introduites au remboursement durant la période du 01.12.2009 au 30.11.2010) ayant généré un indu de 10.495 € et d'autre part 124 prestations 304555 (soit 53,50% des 233 prestations 304555 attestées en tiers payant introduites au remboursement durant la période du 01.12.2009 au 30.11.2010) ayant généré un indu de 17.129 € ;

S'agissant du second grief le SECM a procédé à l'analyse de 40 cas sur 496 prestations 304312 litigieuses et 28 cas sur 233 prestations 304555 choisis de manière aléatoire pour la période du 01.12.2009 au 30.11.2010.

L'infraction fut relevée pour 12 prestations 304312 sur 40 soit 30% de l'échantillon et 15 prestations 304555 sur 28 soit 53,5% de l'échantillon.

La décision du 31.10.2013 fut notifiée par courriers du 31.10.2013 à Mme A. et aux sociétés B. et E.

Par recours du 29.11.2013, la SNC E. contestait ladite décision.

Par recours du 02.12.2013, Mme A. et la SPRL B. contestaient ladite décision.

Par jugement du 11.03.2014, le tribunal de commerce de ... confirmait la désignation de M. L. en qualité de liquidateur de la SNC E.

Par décision du 02.04.2015, la Chambre de première instance confirmait la décision du Fonctionnaire-dirigeant du SECM sous l'émendation que la VOF E. est la SNC E. en liquidation et que les amendes administratives sont assorties d'un sursis durant 3 ans.

Par requête du 08.05.2015, la SNC E. en liquidation interjetait appel de la décision du 02.04.2015.

Par requête du 08.05.2015, Mme A. et la SPRL B. interjetaient appel de la décision du 02.04.2015.

La liquidation de la SNC E. a été clôturée le 01.07.2015.

Par voie d'appel incident formé par conclusions, le SECM sollicite la réformation de la décision du 02.04.2015 en ce qu'elle accorde le bénéfice du sursis.

2. Recevabilité de l'appel

Les appels principaux et incident, réguliers dans la forme et dans le temps sont recevables, leur recevabilité n'étant d'ailleurs pas contestée.

Incidence de la clôture de la liquidation de la SNC E. survenue en cours d'instance

En règle, la clôture de la liquidation met fin à la personnalité juridique de la société et à l'existence du patrimoine social. Elle entraîne également la cessation du mandat du liquidateur.

La clôture de la liquidation n'entraîne cependant pas une extinction absolue de la société, le législateur ayant, par le biais notamment de l'article 198 §1 du Code des sociétés, établi une survie passive de la société après la clôture de la liquidation de sorte que les créanciers de celle-ci ont la possibilité de poursuivre les procédures pendantes au jour de la clôture (Cass, 17.04.2008, TRV 2010, p.150).

La poursuite d'une procédure pendante contre la société dont la liquidation est clôturée doit être poursuivie contre le liquidateur *qualitate qua*, c'est-à-dire en tant qu'organe de la société, la responsabilité personnelle de celui-ci n'étant pas engagée dans un tel cadre (Roman AYDOGDU, « Actualités en matière de liquidation », in CUP n°120, p.29).

Il en résulte que la clôture de la liquidation de la SNC E. est sans incidence sur le présent litige.

3. Discussion

a) Prescription

L'article 142 §2 de la loi coordonnée le 14.07.1994 dispose que : "*les éléments matériels constitutifs de l'infraction visée à l'article 73bis sont constatés par un procès-verbal dressé par les fonctionnaires assermentés visés à l'article 146. Ces procès-verbaux doivent être établis à peine de forclusion dans les deux ans à compter de la date à laquelle les documents relatifs aux faits litigieux sont reçus par les organismes assureurs*".

Mme A. soutient que la majorité des faits seraient prescrits en se fondant sur la date à laquelle fut établi le dernier procès-verbal de constatation soit le 20.02.2013.

Le premier procès-verbal de constatation fut cependant établi le 29.11.2011 et est relatif aux prestations dont les documents ont été reçus par les organismes assureurs entre le 01.12.2010 et le 30.11.2010, le délai de 2 ans pour constater les faits a donc bien été respecté.

Le procès-verbal du 11.02.2013 se rapporte lui à des prestations dont les documents ont été reçus par les organismes assureurs entre le 31.03.2011 et le 07.08.2012, le délai de 2 ans fut à nouveau respecté.

Aucun des faits reprochés n'est donc prescrit.

b) Prestations non effectuées ou non conformes - remboursement de l'indu - principes

En application de l'article 142 §1, 2° de la loi coordonnée le 14.07.1994 (pour les faits commis à partir du 15.05.2007), le dispensateur de soins qui porte en compte à l'assurance soins de santé des prestations non conformes ou non effectuées est sujet au remboursement de la valeur des prestations concernées.

Il suffit que les éléments matériels constitutifs d'une infraction "réalité" ou "conformité" basée sur l'article 73bis de la loi coordonnée le 14.07.1994 soient établis pour entraîner une obligation de remboursement de l'indu sans qu'aucun élément moral ne soit requis.

L'existence d'une éventuelle cause de justification (contrainte, erreur, force majeure, etc...) ne fait pas disparaître l'obligation de remboursement de l'indu et ne peut avoir d'incidence, le cas échéant, que par rapport à une éventuelle amende administrative.

Lorsque des prestations sont portées en compte de l'assurance soins de santé en violation de l'arrêté royal du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, un remboursement de la valeur des prestations s'impose d'autant plus que les conditions d'intervention de l'assurance soins de santé sont d'ordre public et d'interprétation stricte.

Par ailleurs lorsque les prestations ont été perçues pour son propre compte par une personne physique ou morale, celle-ci est tenue solidairement au remboursement avec le dispensateur de soins en vertu de l'article 164 al. 2 de la loi coordonnée du 14.07.1994.

c) Droits de la défense – principe du contradictoire

Il ressort des pièces produites aux débats que Mme A. a participé à l'examen des échantillons sélectionnés au cours de multiples auditions.

Le médecin-instructeur a proposé à Mme A. de s'expliquer sur les constats effectués sur les patients mais c'est Mme A. elle-même qui refusa toute nouvelle audition.

La lettre du 13.02.2013 accompagnant l'envoi du procès-verbal de constat invitait par ailleurs Mme A. à s'expliquer verbalement ou par écrit.

Mme A. s'expliqua d'ailleurs par courrier du 29.03.2013.

De plus les parties appelantes eurent la possibilité, conformément à l'article 143 §2 al. 2 de la loi du 14.07.1994 de faire valoir leurs moyens de défense par écrit en réaction à la note de synthèse qui leur fut adressée le 17.07.2013.

Mme A. et la SPRL B. ont communiqué leurs moyens de défense le 19.09.2013 et la SNC E. l'a fait le 18.09.2013.

La procédure de recours s'est ensuite poursuivie normalement tant devant la Chambre de première instance que devant la chambre de céans, chacune des parties ayant eu le loisir de répondre aux arguments de son adversaire et de les critiquer.

Par ailleurs, le caractère contradictoire de la procédure a été assuré, à suffisance de droit, par la circonstance que les appelantes au principal ont eu l'opportunité de prendre connaissance du rapport du médecin-inspecteur et de contester, en tout ou en partie, le bien-fondé de celui-ci, au besoin en déposant une contre-expertise ou en réclamant de manière expresse une nouvelle expertise, ce qui ne fut pas le cas en l'espèce.

Le moyen de la violation des droits de la défense et du principe du contradictoire est donc non fondé.

d) 1er grief- prestations non effectuées

La preuve de l'élément matériel relatif à l'infraction faisant l'objet du 1er grief est suffisamment rapportée par l'instruction minutieuse à laquelle a procédé le SECM qui a étudié de nombreuses prestations sélectionnées de manière aléatoire et a entendu plusieurs patients n'ayant pas fait l'objet de soins de la part de Mme A. (cfr. procès-verbal de constat).

Sur les 9 assurés entendus en rapport avec les 9 cas non prescrits, 8 ont fait l'objet de déclarations établissant sans équivoque l'attestation de prestations non effectuées.

Il en est notamment ainsi de :

- M. O. qui a certifié n'avoir reçu aucun soin en 2012 (procès-verbal d'audition du 07.08.2012) ;
- M. P. qui précisa n'avoir été chez aucun dentiste en 2010 et en 2011 ;
- Mme Q. qui a soutenu que Mme A. lui avait soigné une autre dent et à nouveau une seule dent ;
- etc...

Les deux attestations fournies par Mme A. ne permettent pas de remettre en cause la manière dont ces témoignages auraient été recueillis par le médecin-inspecteur.

Ainsi M. R. se contente d'invoquer le ton utilisé par le médecin-inspecteur sans revenir sur le contenu de sa déclaration aux termes de laquelle il certifiait que Mme A. ne lui avait fait qu'un seul plombage.

Quant au témoignage de Mme S. qui prétend que le médecin-inspecteur aurait modifié ses déclarations, celui-ci n'apparaît pas crédible, Mme S. ayant, à l'époque, signé sa déclaration pour accord et les ayant encore confirmées lors de son audition du 28.11.2011, l'attestation produite, établie 4 ans plus tard, apparaissant tardive et dépourvue de toute crédibilité.

Il appartient donc à Mme A. de rembourser le montant des prestations indûment portées en compte de l'assurance soins de santé et faisant l'objet du grief n°1 dont le quantum n'est par ailleurs pas contesté.

e) 2ème grief - prestations non conformes

e.1) Principes

L'intervention de l'assurance pour le traitement et l'obturation d'un ou plusieurs canaux d'une même dent n'est due que si une radiographie démontre l'obturation de chaque canal visible conformément à l'article 6 §4 de la nomenclature (prestations 304555) ou que l'obturation de chaque canal est au minimum jusqu'à 2mm de l'apex c'est-à-dire de la zone qui termine la racine de la dent (prestations 304312).

A défaut de radiographie démonstrative, la prestation est non conforme (v. règle interprétative 01 prenant effet le 01.06.2007, MB 25.09.2009).

e.2) Charge de la preuve – extrapolation

C'est au SECM de prouver l'existence de l'infraction, que ses éléments constitutifs sont réunis et qu'il sont imputables au prestataire concerné et ce par toutes voies de droit.

Cette preuve peut notamment être rapportée par la voie de présomptions graves, précises et concordantes.

Il n'est en effet pas interdit au SECM de recourir aux présomptions de l'homme dans l'administration de la preuve des faits retenus à grief.

L'appréciation de la valeur des preuves produites devant la juridiction administrative relève de son appréciation souveraine.

En l'espèce, le SECM entend démontrer l'absence de radiographies ou le fait que celles-ci sont non démonstratives en se basant, notamment, sur la technique de l'extrapolation.

Il estime que le grief peut être considéré comme étant établi à concurrence de 148 prestations 304312 (soit 30% des 496 prestations 304312 attestées en tiers payant introduites au remboursement durant la période du 01.12.2009 au 30.11.2010), ayant généré un indu de 10.945 € et de 124 prestations 304555 (soit 53,50 % des 233 prestations 304555 attestées en tiers payant introduites au remboursement durant la période du 01.12.2009 au 30.11.2010) ayant généré un indu de 17.129 €.

Ainsi que l'a relevé le juge a quo la méthode de l'extrapolation peut être sujette à caution dès lors que celle-ci se base sur un échantillon de prestations dont il est tiré un pourcentage de prestations non conformes, extrapolé à l'ensemble des actes accomplis par le prestataire de soins sans que l'ensemble de ceux-ci ne soient vérifiés, ce qui est de nature à entraîner un renversement de la charge de la preuve des faits reprochés en instaurant une sorte de présomption de non conformité pour certains actes non vérifiés in concreto (CE, arrêt n° 223.425 du 07.05.2013).

L'extrapolation peut cependant être légitime si elle est utilisée en combinaison avec un ou plusieurs faits certains.

La preuve fondée sur l'extrapolation est une application spécifique de la preuve par présomption de l'homme, laquelle repose sur l'article 1349 du Code civil, selon lequel "Les présomptions sont des conséquences que la loi ou le magistrat tire d'un fait connu à un fait inconnu".

La présomption de l'homme part de certains faits sur la base desquels le juge tire des conséquences par le biais d'un raisonnement logique.

L'article 1353 du Code civil énonce que "Les présomptions qui ne sont point établies par la loi, sont abandonnées aux lumières et à la prudence du magistrat, qui ne doit admettre que des présomptions graves, précises et concordantes, et dans les cas seulement où la loi admet les preuves testimoniales, à moins que l'acte ne soit attaqué pour cause de fraude ou de dol."

Ainsi que l'a observé le Conseil d'Etat dans son arrêt n° 223.425 du 7 mai 2013, à défaut d'une ou de présomptions légales définies par la loi AMI, le SECM ne peut considérer qu'un fait ou un acte est établi en procédant, pour ce faire, à un renversement pur et simple de la charge de la preuve.

Il n'en reste pas moins que le droit commun de la preuve trouve à s'appliquer au contentieux dont relève le présent litige.

Le SECM et, à sa suite, la juridiction administrative saisie de l'action ou de l'appel, peuvent en conséquence se fonder sur des présomptions de l'homme et ce, en déduisant un fait inconnu d'un ou de plusieurs faits connus, pour autant que les faits constitutifs d'indices soient établis et que les présomptions retenues soient, conformément à l'article 1353 du Code civil, graves et précises, de même que concordantes si elles se basent sur plusieurs indices.

De plus, le recours par le SECM à l'extrapolation, implique, comme l'a également rappelé le Conseil d'Etat dans son arrêt n° 227.073 du 9 avril 2014 que la juridiction administrative tienne dûment compte des arguments qu'ont soulevés les requérantes devant elle quant à la manière dont le SECM a procédé à la mise en œuvre de cette méthode.

Il s'ensuit que la méthode de l'extrapolation peut être valablement prise en considération pour autant que celle-ci :

- puisse, combinée avec d'autres indices de preuve, être considérée comme faisant partie des présomptions graves, précises et concordantes qui peuvent être mises à charge du dispensateur de soins ;
- qu'il soit tenu compte des arguments soulevés par le dispensateur de soins quant à la manière dont le SECM a procédé à la mise en œuvre de cette méthode (CE, arrêt n° 227.073 du 9 avril 2014; CE, arrêt 235.399 du 08.07.2016).

En d'autres termes, le mécanisme de l'extrapolation est de nature à fournir une présomption et par conséquent, peut contribuer à prouver un fait infractionnel même si, pris isolément, il ne peut suffire à établir l'existence du grief à une échelle supérieure à celle des cas effectivement analysés.

Le mécanisme de l'extrapolation doit être corroboré par d'autres éléments tels que la reconnaissance par le prestataire de soins du caractère représentatif des échantillons analysés, les aveux du prestataire de soins, des déclarations émanant de tiers, etc...

En l'occurrence, il convient de relever que :

- l'échantillon examiné est significatif et peut être considéré comme représentatif de l'ensemble, le SECM ayant étudié 40 cas sur les 496 prestations 304312 et 28 cas sur les 233 prestations 304555 ;
- l'échantillon a été établi sur une base aléatoire, Mme A. ayant d'ailleurs participé au choix des cas étudiés pour les prestations 304312 (PVA du 12.10.2011, p.4) ;
- Mme A. a participé à l'examen des échantillons prélevés et a pu émettre des observations (PVA du 29.06.2011).

En l'espèce Mme A., dans sa déclaration du 26.10.2011 (p.4) a reconnu que les échantillons des prestations 304312 et 304555 analysés étaient représentatifs des prestations portées en compte en tiers payant pour la période du 01.12.2009 au 30.11.2010.

Elle a donc elle-même validé le processus de l'extrapolation en reconnaissant le caractère représentatif des échantillons analysés et en participant au choix des cas étudiés pour les prestations 304312.

Elle n'a, à l'issue de l'examen des échantillons sélectionnés, émis aucune observation particulière.

Ses dénégations actuelles ne sont nullement étayées, Mme A. n'expliquant pas pourquoi les échantillons qu'elle a reconnus comme étant représentatifs ne le seraient plus actuellement.

Enfin c'est en vain que Mme N. voit dans les derniers arrêts du Conseil d'Etat en matière d'extrapolation un revirement de jurisprudence susceptible d'entraîner une violation du principe de non rétroactivité si la jurisprudence des arrêts n° 227.073 du 09.04.2014 et n° 235.399 du 08.07.2016 était appliquée au cas d'espèce.

Certes, il est exact que le principe de non rétroactivité s'applique lorsqu'une loi n'est pas formellement modifiée mais que son interprétation est modifiée dans un sens plus sévère par une haute juridiction (CEDH, arrêt Del Rio Prada c. Espagne du 10.07.2012).

Ce n'est cependant pas le cas en l'espèce, le Conseil d'Etat, dans les arrêts précités, se bornant à préciser sa jurisprudence antérieure en ce sens que le mécanisme de l'extrapolation pris seul reste sujet à caution et doit être corroboré par d'autres éléments de preuve.

Ce moyen est donc non fondé.

Il découle de ce qui précède que les éléments matériels constitutifs de l'infraction sont également réunis s'agissant du second grief.

f) Montant de l'indu – solidarité

Le montant de l'indu qui doit être remboursé s'élève à 1780,08 € s'agissant des prestations indues relatives au 1er grief et à 28.074 € s'agissant des prestations indues relatives au second grief, soit un total de 29.993,41 €, quantum qui n'est pas contesté en lui-même.

La SPRL B. et la SNC E. en liquidation ayant perçu les remboursements, elles doivent être condamnées solidairement au remboursement des sommes perçues en application de l'article 164 al. 2 de la loi ASSI.

g) Infractions - amende administrative

g.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.

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).

g.2) Evolution des sanctions dans le temps

Les sanctions auxquelles fut exposé le prestataire de soins ont évolué dans le temps en raison de l'adoption puis de l'abrogation des modifications introduites par le Code pénal social et par la loi introduisant le Code pénal social.

En l'espèce la période infractionnelle s'étend du 01.12.2009 au 30.11.2010 et du 31.03.2011 au 31.05.2012 (périodes d'introduction au remboursement).

Dans un premier temps, le régime de sanctions applicable aux faits litigieux était le suivant :

- le remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé et une amende administrative comprise entre 50% et 200% du montant du remboursement en cas d'infraction aux dispositions de l'article 73bis, 1°, soit en cas de prestations non effectuées (art. 142 §1, al. 1, 1° de la loi coordonnée le 14.07.1994) ;
- le remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé et/ou une amende administrative comprise entre 5% et 150% du montant du remboursement en cas d'infraction aux dispositions de l'article 73bis, 2° soit en cas de prestations non conformes (art. 142 §1, al. 1, 2° de la loi coordonnée le 14.07.1994).

Par la suite les modifications introduites par le Code pénal social et par la loi introduisant le Code pénal social concernant le respect par les dispensateurs de soins des conditions d'intervention de l'assurance soins de santé sont entrées en vigueur le 01.07.2011 et ont produit des effets jusqu'au 17.03.2012 inclus.

Dans un second temps, le régime de sanctions applicables aux faits litigieux était donc le suivant :

- une sanction de niveau 2 constituée soit d'une amende pénale de 50 à 500 € soit d'une amende administrative de 25 à 250 € (article 101 du Code pénal social) majorée de 45 décimes (article 102 du Code pénal social).

Ces dernières dispositions furent cependant abrogées le 18.03.2012 de sorte qu'à partir de cette date, le régime des sanctions prévu à l'article 142 de la loi coordonnée le 14.07.1994 fut de nouveau applicable.

De ces 3 régimes de sanction, le second était le plus favorable au dispensateur de soins.

Lorsque la peine établie au temps du jugement diffère de celle qui était portée au temps de l'infraction, la peine la moins forte sera appliquée (article 2 al2 du Code pénal).

Quand plus de deux législations se succèdent entre le moment de l'infraction et celui où l'infraction est jugée, le juge appliquera la loi la plus douce quelle qu'elle soit et alors même qu'elle n'aurait été en vigueur ni lors de la commission de l'infraction ni lors du jugement (F. KUTY, "Principes généraux du droit pénal", Larcier, Bruxelles, T.1, 2009, p. 271).

Il ressort de ce qui précède que c'est à bon droit que le juge a pu considérer que les seules sanctions pouvant être infligées étaient celles de niveau 2 prévues à l'article 101 du Code pénal social à l'exclusion de celles prévues à l'article 142 §1 de la loi coordonnée le 14.07.1994.

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.

g.3) Application au cas d'espèce

Il appartient au SECM de démontrer la réunion dans le chef de Mme A. des éléments constitutifs des infractions faisant l'objet des griefs 1 et 2.

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

L'élément moral est également établi, la cause de justification invoquée par Mme A. n'apparaissant pas vraisemblable.

Mme A. soutient ainsi que si des prestations non effectuées ont été attestées en son nom ce serait en raison d'une fraude des assurés.

Mme A. n'apporte cependant aucun argument ni aucun élément probant de nature à rendre cette thèse vraisemblable et n'explique pas comment de nombreux patients affirment ne pas avoir reçu de soins dans son cabinet bien que leurs vignettes de mutuelle et leurs cartes SIS aient été enregistrées.

Elle soutient encore qu'elle n'avait pas à vérifier l'identité desdits patients et la concordance des documents fournis par ces derniers avec leur identité.

Aucun des patients concernés n'a cependant invoqué la perte ou le vol de sa carte SIS ou de vignette de mutuelle.

En réalité aucune usurpation d'identité n'est alléguée.

Une telle usurpation aurait de surcroît été remarquée immédiatement par Mme A. au moment de donner des soins puisque la bouche à soigner n'aurait forcément pas correspondu à la fiche individuelle des patients concernés, tous patients habituels de Mme A.

Enfin si le nombre de patients entendus (8) diffère du nombre repris dans le procès-verbal de constat (11) c'est simplement parce que 3 patients n'ont pas été retenus à grief contre Mme A., l'infraction ayant été constatée et retenue pour 60 prestations se rapportant à 8 cas assurés.

Il résulte de ce qui précède que les éléments constitutifs des infractions à charge de Mme A. sont réunis et lui sont imputables.

g.4) Hauteur de la peine

C'est à juste titre que le premier juge a tenu compte, s'agissant du montant de l'amende administrative à infliger à Mme A. de la gravité des infractions, de l'ampleur des montants perçus indûment et de la longueur de la période infractionnelle qui s'étend sur plusieurs mois.

Il n'y a donc pas lieu de réduire le montant des amendes administratives infligées par le Fonctionnaire-dirigeant.

Par contre c'est à bon droit, compte tenu de l'absence d'antécédents de Mme A. que le juge a quo a assorti les amendes administratives infligées par le Fonctionnaire-dirigeant d'un sursis de 3 ans.

h) Article 156 de la loi coordonnée le 14.07.1994

Pour rappel il convient de relever 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 les appels principal et incident sont non fondés.

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, des docteurs Marie-Anne RAIMONDI et Sophie CARLIER et Messieurs Emile VAN HULLE et Patrick BOGAERTS, membres, assistés de Madame Caroline METENS, greffier ;

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

Les Docteurs RAIMONDI et CARLIER , Messieurs VAN HULLE et BOGAERTS ayant rendu leur avis sans prendre part à la décision ;

Ecartant comme non fondées toutes conclusions autres, plus amples ou contraires ;

Dit les appels principaux de M. L. agissant en qualité de liquidateur de la SNC E., de Mme A. et de la SPRL B. recevables mais non fondés et les en déboute ;

Dit l'appel incident du SECM recevable mais non fondé et l'en déboute ;

Confirme en toutes ses dispositions la décision prononcée le 02.04.2015 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, des docteurs Marie-Anne RAIMONDI et Sophie CARLIER et Messieurs Emile VAN HULLE et Patrick BOGAERTS, membres, assistés de Madame Caroline METENS, greffier.

La présente décision est prononcée à l'audience du 9 novembre 2017 par M. Emmanuel MATHIEU, président, assisté de Madame Caroline METENS, greffier.

METENS Caroline
Greffier

MATHIEU Emmanuel
Président