

**DECISION DE LA CHAMBRE DE RECOURS DU 25 JUIN 2012
FB-015-04**

**SPRL A.
MRPA**

Partie appelante,

Comparaissant par Maître B. loco Maître C., avocat,

CONTRE :

**L'INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE (INAMI),
SERVICE D'EVALUATION ET DE CONTROLE MEDICAUX, établissement public,**

Dont le siège est établi avenue de Tervueren, 211 à 1150 Bruxelles ;

Partie intimée,

**Comparaissant par le Docteur D., médecin-inspecteur directeur et
Monsieur E., conseiller.**

I. La recevabilité

La décision dont appel a été notifiée les 9 et 12 juillet 2002. L'appel contre cette décision a été introduit par voie de recommandé au plus tard le 15 juillet 2002. L'appel est recevable.

II. Les faits et la procédure

1. La SPRL A. exploite une maison de repos sur deux sites pouvant accueillir un peu plus de 50 personnes. La SPRL occupe 6 infirmiers équivalent temps plein et 9,25 aides soignants équivalent temps plein.

2. Il est reproché à la SPRL A., en premier lieu, d'avoir réclamé aux bénéficiaires de l'allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière le paiement de matériel de soins compris dans cette allocation.

Il est également reproché à la SPRL, en deuxième lieu, d'avoir, au cours de l'année 2000, signé et introduit en remboursement des notes de frais conformes à l'annexe 56 du règlement des soins de santé (art 9 quater – decies, § 6) demandant le paiement d'allocations pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière sans respecter les dispositions de l'article 152, § 4, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996.

L'intervention de l'assurance SSI est limitée au montant correspondant à la catégorie de dépendance A pour les bénéficiaires classés dans les catégories de dépendances B ou C si les institutions qui hébergent des bénéficiaires classés dans les catégories de dépendance A, B ou C ne tiennent pas un dossier individuel par bénéficiaire, dossier individuel devant contenir les données prescrites par l'article 152, § 4 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996.

Ce fait concerne 4 bénéficiaires, au cours de la période s'étendant du 1^{er} janvier 1999 au 30 août 2000, soit 1.007 forfaits représentant un indu de 21.805,93 euros.

En troisième lieu il est reproché à la SPRL A. d'avoir utilisé certains membres du personnel dont les activités durant l'équivalent temps plein sont couvertes par l'intervention prévue à l'article 37, § 12, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 pour accomplir des tâches autres que celles couvertes par ladite intervention.

En fait il est reproché à la SPRL A. d'avoir confié aux aides soignantes, au cours de la période s'étendant du 20 juin 2000 au 7 septembre 2000, d'autres tâches que celles des soins aux personnes âgées.

3. Par sa décision du 4 juin 2002, la Chambre restreinte a déclaré :

- que le 1^{er} grief était établi pour la seule partie des prestations ayant fait l'objet d'un remboursement de la part de la SPRL; le grief devant être abandonné pour l'autre partie des prestations querellées au bénéfice du doute,
- que les 2^{ème} et 3^{ème} griefs étaient établis.

La Chambre restreinte décidait qu'il y avait lieu d'interdire aux organismes assureurs d'intervenir dans le coût des prestations dispensées par la SPRL. pendant une période de 15 jours, constatait que les sommes indûment perçues à charge de l'assurance soins de santé s'élevaient à 21.805,93 € et condamnait la SPRL. au remboursement de cette somme pour le 1^{er} du troisième mois qui suivait le mois au cours duquel la présente décision était devenue définitive.

III. Les moyens des parties

La SPRL fait valoir :

- que son appel ne porte pas sur le 1^{er} grief,
- que le deuxième grief n'est pas établi,
- que la prescription est acquise en ce qui concerne l'amende administrative pour le deuxième grief,
- que l'action en récupération de l'indu est prescrite,
- que l'arrêté ministériel du 5 avril 1995 fondant le troisième grief a été annulé par un arrêt du Conseil d'Etat du 29 juin 2004 et ce à partir du jour de son entrée en vigueur,
- que le nombre de membres du personnel soignant était supérieur à ce qui était prescrit et que ce personnel devait aider les pensionnaires dans la préservation du maintien de la qualité de vie et l'habitat,
- que le délai raisonnable est dépassé et que les poursuites sont dès lors irrecevables.

L'INAMI fait valoir :

- que le 2^{ème} grief est établi mais qu'aucune amende ne peut être prononcée,
- que la prescription n'est pas acquise en ce qui concerne la récupération de l'indu, l'appel étant suspensif,

- que le 3^{ème} grief est établi,
- que le délai de la procédure n'est pas dû au comportement de l'INAMI et que la durée de la procédure n'a pas nui aux intérêts de la partie appelante,
- que la récupération de l'indu n'est pas une peine.

IV. Discussion

L'appel ne porte pas sur la décision dont recours en ce qu'elle se prononce sur le 1^{er} grief. La décision dont appel sera confirmée quant à ce.

Le deuxième grief

1. En vertu de l'article 152, § 4, de l'arrêté d'exécution du 3 juillet 1996, *Les services et institutions autres qu'un centre de soins de jours qui hébergent des bénéficiaires classés dans la catégorie de dépendance A, B, ou C doivent tenir un dossier de soins par bénéficiaire.*

Ce dossier de soins individuel doit comporter au moins les données suivantes;

a) le plan de soins et d'assistance dans les actes de la vie journalière, établi par la personne responsable des soins dans l'institution, qui précise la contribution des différentes catégories de personnel prévu pour l'intervention forfaitaire. Ce plan est évalué et adapté au moins une fois par mois en fonction de l'évolution du degré de dépendance par rapport aux soins;

b) lorsqu'il s'agit de bénéficiaires désorientés dans le temps et dans l'espace, une énumération précise des troubles perturbateurs du comportement :

- 1. difficultés d'expression;*
 - 2. dérangement verbal;*
 - 3. perte de notion de bienséance;*
 - 4. comportement agité;*
 - 5. comportement destructeur;*
 - 6. perturbation du comportement nocturne;*
- c) pour les actes techniques effectués par le personnel infirmier et paramédical prévu pour l'intervention forfaitaire : les prescriptions médicales, la nature et la fréquence des actes techniques et l'identité de la personne qui les a dispensés.*

Il résulte de cet article que la maison de repos devait tenir un dossier de soins par bénéficiaire si elle introduisait une demande de remboursement de notes de frais demandant le paiement d'allocations pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière. Il résulte des déclarations mêmes du gérant de la société, Monsieur F, que les différentes informations reprises à l'article 152, § 4 se trouvaient, de manière très partielle et incomplète, dans des dossiers différents pour un même bénéficiaire, ce qui est une infraction par rapport au prescrit légal. En outre, il résulte de l'examen des documents soumis au contrôle lors de l'enquête, que toutes les informations prévues par l'article 152, § 4 ne se trouvaient pas dans les documents des bénéficiaires. Le grief est bien établi.

2. La présente Chambre précise à cet égard qu'il n'est pas reproché à la partie appelante de ne pas avoir rédigé les documents administratifs ou médicaux conformément à la législation mais bien de ne pas avoir rédigé les documents exigés par la législation et plus précisément de ne pas avoir de dossier par bénéficiaire.

La présente chambre relève en outre que l'article 141, § 5, alinéa 5, c) vanté par la partie appelante, prévoyant une sanction spécifique aux dispensateurs de soins n'ayant pas rédigé les documents administratifs et médicaux conformément à la législation a été instaurée la loi-programme du 24 décembre 2002 et entré en vigueur le 15 février 2003, soit postérieurement à l'époque des faits et postérieurement à la décision critiquée.

Il résulte de ces considérations que l'article 141, § 5, alinéa 5, c) est inapplicable en l'espèce.

Il s'agit donc bien en l'espèce d'une prestation à charge de l'assurance soins de santé et indemnités non conformes aux dispositions légales et réglementaires et ce conformément à l'article 156 de la loi coordonnée tel qu'applicable à l'époque des faits.

3. La sanction prévue pour ce grief à l'époque des faits consistait à interdire aux organismes assureurs, pour une période de 5 jours à un an, l'intervention dans les coûts des prestations de santé. Cette sanction a été supprimée et remplacée par une amende administrative. Toutefois, en vertu de l'article 141, § 7 de la loi coordonnée, tel que modifié par la loi programme du 24 décembre 2002, cette amende devait être prononcée dans un délai de trois ans à partir du procès-verbal de constat et si cette amende était prononcée par la Chambre restreinte, elle devait être prononcée dans un délai de 6 ans. Force est de constater que ce délai de prescription de 3 ans et/ou 6 ans est écoulé et que dès lors aucune amende administrative ne peut être prononcée actuellement par la présente Chambre.

4. L'article 156 de la loi coordonnée, tel qu'il était rédigé à l'époque des faits, prévoyait bien pour ce grief la récupération auprès du dispensateur de soins des dépenses relatives aux prestations qui ont été jugées non conformes aux dispositions légales ou réglementaires concernant l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. Cette récupération a été prévue par les législations et réglementations subséquentes.

La récupération de l'indu a été prononcée par la Chambre restreinte par sa décision dont appel.

La partie appelante fait valoir qu'en vertu de l'article 174, alinéa 1^{er}, 6°, de la loi coordonnée, l'action en récupération de l'indu se prescrit par deux ans à compter de la fin du mois au cours duquel le paiement des prestations a été effectué.

En vertu de l'article 174, alinéa 3, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, tel qu'il était d'application à l'époque des faits, pour les faits soumis aux chambres restreintes, la prescription prévue à l'article 174, alinéa 1^{er}, 6°, à savoir celle concernant l'action en récupération de la valeur des prestations indûment octroyées à charge d'assurance soins de santé, court à partir de la date où intervient une décision définitive de la Chambre restreinte. Les législations subséquentes ont édicté une disposition similaire en ce qui concerne les décisions des organes ayant remplacé les chambres restreintes.

La présente Chambre considère que l'article 174, alinéa 1^{er}, 6, concerne l'action en récupération des mutuelles et non la demande de restitution formulée par l'INAMI dans le présent litige. En effet, la demande de restitution a été introduite par l'INAMI avant le début du délai prévu à l'alinéa 3 de cet article, celui-ci n'ayant pu et ne pouvant toujours courir à défaut de décision définitive. Or une action en récupération

ou restitution a bien été introduite par l'INAMI dès lors qu'il sollicitait devant la chambre restreinte la récupération des prestations indues.

Par son arrêt du 12 novembre 2009 (cf. arrêt de la Cour constitutionnelle du 12 novembre 2009, n° 185/2009, M.B. du 4 janvier 2010, éd. 1, p. 27)., la Cour constitutionnelle a décidé que la disposition de l'article 174, alinéa 3 qui visait alors les faits soumis aux Commissions d'appel et aux Chambres restreintes et faisait courir le délai de prescription de deux ans à partir de la date où intervenait une décision définitive des dites Chambres restreintes ou Commissions d'appel, ne violait pas les articles 10 et 11 de la Constitution. La Cour constitutionnelle a considéré que vu que certains faits pouvaient être portés à la connaissance du Service du contrôle médical (devenu Service d'évaluation et de contrôle médicaux) et pouvaient nécessiter une instruction plus ou moins longue, il était raisonnable, afin de permettre aux organismes assureurs de pouvoir récupérer l'indu, de faire courir le délai de prescription de deux ans à partir de la décision soit de la Chambre restreinte, soit de la Commission d'appel.

Le Conseil d'Etat a également considéré que le délai de prescription de l'article 174, 6° de la loi coordonnée était uniquement applicable aux actions en récupération des organismes assureurs. Ces décisions confortent la présente Chambre en ce que l'article 174, alinéa 1^{er}, 6° n'est pas applicable aux litiges opposant un dispensateur de soins à l'INAMI et n'est donc pas applicable en l'espèce. La présente chambre relève en outre que l'article 42 de la loi du 29 mars 2012 portant des dispositions diverses a précisé que l'article 174, 6° ne s'appliquait pas au rapport concernant les dispensateurs de soins et l'INAMI.

La présente chambre considère dès lors que l'action en réparation se prescrit conformément à l'article 2262*bis*, soit par 10 ans ou par 5 ans à partir du jour qui suit celui où la personne lésée a eu connaissance du dommage ou de son aggravation et de l'identité de la personne responsable pour les actions en réparation fondées sur une responsabilité extracontractuelle.

L'appel introduit contre la décision de la chambre restreinte, conformément à l'article 307, § 1^{er}, alinéa 2 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 applicable à l'époque des faits est suspensif. Le caractère suspensif de ce recours a été confirmé, sans discontinuité par les législations subséquentes. Le caractère suspensif explique le fait que l'INAMI ne pouvait exécuter la décision rendue par la Chambre restreinte. L'article 2251 du Code civil énonce du reste que la prescription court contre toutes personnes à moins qu'elles ne soient dans quelque exception établie par la loi. L'effet suspensif du recours vaut donc pour le délai de prescription de la récupération; récupération décidée par la Chambre restreinte. Au vu de ces éléments, il résulte que la prescription, qu'elle soit de 5 ans ou de 10 ans n'est pas atteinte.

La présente chambre précise aussi que la récupération des prestations indûment versées n'est pas une sanction proprement dite mais une mesure de réparation de nature civile ordonnée en raison d'un dommage provoqué par le dispensateur de soins.

Le troisième grief

Il est reproché à la SPRL. d'avoir utilisé des auxiliaires de soins prévus dans le cadre de remboursements forfaitaires opérés par l'INAMI, à d'autres tâches que des soins aux personnes âgées.

La présente Chambre ne comprend pas pourquoi tant la Chambre restreinte qu'elle-même est saisie de ce grief dès lors qu'aucune demande particulière n'est liée à la reconnaissance de ce grief, et notamment, ni sanction ni récupération ou restitution.

La reconnaissance de la réalité de ce grief ne présente, en l'état actuel du dossier, aucun intérêt né et actuel et la demande de l'INAMI quant à ce grief est irrecevable. Surabondamment, la présente Chambre relève que la SPRL reconnaît que les auxiliaires de soins n'effectuaient pas constamment que des soins aux personnes.

Ainsi ce personnel, et cela n'est pas contesté, outre les soins aux personnes et des tâches de nettoyage, était affecté à la préparation des repas. La SPRL fait valoir que le nombre des auxiliaires de soins dépassait en équivalent temps plein le nombre prévu par la législation et que dès lors tous les auxiliaires de soins ne bénéficiaient pas de remboursements forfaitaires.

La présente Chambre ignore la proportion de temps que les auxiliaires de soins affectaient aux soins des résidents.

Il n'est pas contesté que le personnel auxiliaire de soins était en nombre supérieur au nombre prévu par la réglementation. La présente chambre ignore le nombre de remboursements forfaitaires opérés, mais au vu de la réglementation, il n'est pas établi que tous les auxiliaires de soins donnaient lieu à un remboursement forfaitaire.

Outre qu'il est irrecevable, ce grief n'est pas établi.

Le délai raisonnable

La présente Chambre considère que la Chambre restreinte a pris sa décision endéans un délai raisonnable. En effet, les derniers procès-verbaux ont été établis le 17 novembre 2000 et après avoir examiné le dossier, le Service du contrôle médical a décidé de le transmettre au Comité. Par sa décision du 28 septembre 2001, le Comité a décidé de déférer l'affaire à la Chambre restreinte. La Chambre restreinte a pris sa décision le 4 juin 2002, l'audience initialement prévue pour le mois de février 2002 ayant dû être remise pour des raisons d'agenda.

Si la partie intimée n'est pas responsable de la durée de la procédure entre l'acte d'appel du 17 juillet 2002 et la convocation du 23 avril 2012 pour l'audience du 24 mai 2012 devant la présente Chambre, il n'en résulte pas moins que ce délai d'un peu plus de 9 ans est d'une durée particulièrement longue. La durée de ce délai s'explique certes par les modifications législatives successives mais aussi par la passivité de la partie appelante qui, outre qu'elle n'a rien fait pour activer la procédure, s'est abstenue de répondre à divers courriers de la partie intimée.

La présente Chambre relève que la durée de la procédure n'a pas compromis l'exercice par la partie appelante de ses droits de la défense. La partie appelante ne précise du reste pas en quoi la durée de la procédure a compromis ses droits de la défense. Bien au contraire, la durée de la procédure a permis à la partie appelante de ne pas subir de sanction administrative. Les poursuites ne peuvent dès lors être déclarées irrecevables ou non fondées du simple fait du dépassement raisonnable. Si le dépassement du délai raisonnable permet de réduire les sanctions applicables, il ne fait pas obstacle à des condamnations de nature civile qui ne constituent pas une peine, à savoir en l'espèce le remboursement de la valeur des prestations indûment attestées.

PAR CES MOTIFS,

La Chambre de recours instituée auprès du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI,

composée de Monsieur Damien KREIT, Président, et des docteurs Sophie CARLIER et Maurice ANCKAERT, représentants des organismes assureurs, de Madame Colette JACOB et Monsieur Antoine THIRY, représentants des organisations représentatives des MRPA, assistée de Madame Isabelle WARNOTTE, greffier.

Après en avoir délibéré et statuant contradictoirement, les docteurs Sophie CARLIER et Maurice ANCKAERT, Madame Colette JACOB et Monsieur Antoine THIRY ayant rendu leur avis sans prendre part à la décision,

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

Confirme la décision dont appel en ce qu'elle constate que le 1^{er} grief est partiellement établi et que le deuxième grief est établi et en ce qu'elle condamne, pour le deuxième grief, la partie appelante au remboursement de la valeur des prestations indûment portées en compte de l'assurance soins de santé, soit la somme de 21.805,93 €,

Réforme la décision administrative pour le surplus,

Déclare le 3^{ème} grief irrecevable et à tout le moins non fondé,

Annule la sanction consistant à interdire aux organismes assureurs d'intervenir dans le coût des prestations de santé dispensées par la partie appelante.

Ainsi prononcé en langue française et en audience publique de la Chambre de recours le 25 juin 2012 à Bruxelles, par Monsieur Damien KREIT, Président, assisté de Isabelle WARNOTTE, greffier.

Isabelle WARNOTTE
Greffier

Damien KREIT
Président