

CONSEIL D'ETAT, SECTION DU CONTENTIEUX ADMINISTRATIF.

A R R E T

n° 223.900 du 14 juin 2013

G./A.205.522/VI-19.629

En cause : **l'association sans but lucratif LES BLES D'OR,**

ayant élu domicile chez
Mes Laure DEMEZ et
Pierre-Paul VAN GEHUCHTEN, avocats,
rue des Coteaux, n° 227,
1030 Bruxelles,

contre :

**l'Institut National d'Assurances Maladie-Invalidité,
en abrégé INAMI.**

LE CONSEIL D'ETAT, VI^e CHAMBRE,

I. OBJET DE LA REQUETE

Par une requête introduite le 6 juillet 2012, l'association sans but lucratif LES BLES D'OR demande la cassation de la "décision du 31 mai 2012 de la Chambre de recours instituée auprès du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI [...] qui confirme la décision du SECM du 17 mars 2006 la condamnant à rembourser la valeur des prestations indûment perçues à charge de l'assurance soins de santé de 91.605,16 €, sous déduction de 15.000,00 €".

II. PROCEDURE DEVANT LE CONSEIL D'ETAT

Une ordonnance n° 8808 du 19 juillet 2012 déclare le recours en cassation admissible.

Le dossier de l'affaire a été communiqué par la juridiction ayant rendu la décision attaquée.

Les mémoires en réponse et en réplique ont été régulièrement échangés.

M. l'Auditeur au Conseil d'Etat, Denis DELVAX, a rédigé un rapport sur la base de l'article 16 de l'arrêté royal du 30 novembre 2006 déterminant la procédure en cassation devant le Conseil d'Etat.

Une ordonnance du 7 mai 2013 fixe l'affaire à l'audience du 5 juin 2013.

Le rapport et l'ordonnance ont été notifiés aux parties.

M. le Conseiller d'Etat, David DE ROY, a exposé son rapport.

Me Laure DEMEZ, avocat, comparaisant pour la partie requérante et M^{me} Véronique CLICHEROUX, attaché, comparaisant pour la partie adverse, ont présenté leurs observations.

M. l'Auditeur, Denis DELVAX, a été entendu en son avis conforme.

Il est fait application du titre VI, chapitre II, des lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973.

III. EXPOSE DES FAITS

III. 1. Il ressort des pièces de la procédure introduites par la requérante que celle-ci gère un centre de rééducation fonctionnelle prenant en charge l'accompagnement psychothérapeutique d'enfants souffrant d'une problématique instrumentale sévère avec troubles associés, qui nécessite une scolarisation individualisée.

Sur base d'une évaluation initiale effectuée par l'équipe multidisciplinaire à l'aide de tests reconnus, il est établi un programme thérapeutique individuel et un programme pédagogique.

Le volet pédagogique est porté par des enseignants spécialisés, au sein de différentes associations sans but lucratif distinctes subsidiées par la Communauté Française de Belgique, et plus particulièrement l'école d'enseignement primaire spécialisé du type 8 "Les Blés d'Or".

Les deux institutions co-existent et collaborent en bonne intelligence mais ont des rythmes propres.

III. 2. Il n'est pas contesté que la requérante et l'INAMI ont conclu, le 16 avril 1997, une convention relative à la rééducation de bénéficiaires de l'assurance obligatoire soins de santé n'ayant pas atteint leur dix-neuvième anniversaire, dont au moment de la prise en charge la gravité des troubles mentaux ou des troubles du comportement requiert une rééducation multidisciplinaire intensive.

III. 3. Suite à une dénonciation opérée par un membre du personnel de l'école Les Blés d'or, des inspecteurs du service de contrôle médical de l'INAMI procèdent, entre le mois d'avril 2001 et le mois de mars 2002, à l'audition de membres du personnel de la requérante et dressent des procès-verbaux de constat d'infraction à leur charge.

III. 4. A une date inconnue, une note est établie à l'intention du comité du service d'évaluation et de contrôle médicaux.

Il y est fait état des griefs suivants, tombant dans le champ d'application de l'article 141, § 5, b, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, soit avoir porté en compte des prestations non-conformes à celle-ci ou à ses arrêtés d'exécution :

- avoir porté en compte à l'assurance soins de santé et indemnités des prestations non conformes aux dispositions de la convention du 16 avril 1997, pour cause de non-respect de la durée minimale de la séance, fixée à 1 heure 15 minutes par jour et par bénéficiaire aux termes de l'article 19, § 2, de ladite convention;
- avoir porté en compte à l'assurance soins de santé et indemnités des prestations non conformes aux dispositions de la convention susmentionnée, pour cause de non-respect du caractère individuel des séances, tel que prévu par le libellé et disposé à l'article 19, § 2, de ladite convention;
- avoir porté en compte à l'assurance soins de santé et indemnités des prestations non conformes aux dispositions de la convention susmentionnée, pour cause de non-respect des dispositions relatives au caractère multidisciplinaire de la rééducation tel que stipulé à l'article 9, § 2, de ladite convention.

III. 5. Le 7 février 2005, le service d'évaluation et de contrôle médicaux, en abrégé le S.E.C.M., communique à la requérante un rapport synthétique sur l'enquête menée et l'invite à faire part de ses observations.

III. 6. Le 5 avril 2005, la requérante communique ses observations au S.E.C.M.

III. 7. Le 29 avril 2005, le comité du S.E.C.M. désigne deux auditeurs pour entendre la requérante en ses justifications.

III. 8. Le 21 juin 2005, les représentants de la requérante sont entendus par les auditeurs désignés.

III. 9. Le 17 mars 2006, le comité du S.E.C.M. décide que les trois griefs précités sont établis et condamne la requérante à rembourser l'indu, établi à 91.605,16 euros, et de ne pas infliger d'amende administrative pour cause de prescription.

Cette décision est communiquée à la requérante par un courrier du 10 avril 2006, dont il est accusé réception le lendemain.

III. 10. Le 8 mai 2006, la requérante forme un recours devant la chambre de recours instituée auprès du S.E.C.M., dans lequel elle conteste le caractère irrégulier du comportement des membres de son personnel et la matérialité des faits mis à sa charge.

III. 11. Le 9 octobre 2007, le S.E.C.M. dépose des conclusions dans lesquelles il demande la confirmation de la décision du comité du S.E.C.M.

III. 12. Le 22 octobre 2007, le conseil de la requérante informe la chambre de recours de son intention de déposer des conclusions.

III. 13. Le 13 décembre 2010, les parties sollicitent la fixation d'une audience de plaidoirie.

III. 14. Le 19 avril 2012, date de l'audience de la chambre de recours, la requérante adresse ses conclusions, dans lesquelles elle conteste la matérialité de la plupart des faits reprochés dans le premier grief, l'interprétation donnée par le S.E.C.M. à la notion de séance individuelle à la base du deuxième grief, et l'absence de multidisciplinarité à la base du troisième grief.

III. 15. Le 31 mai 2012, la chambre de recours instituée auprès du S.E.C.M. de l'INAMI déclare le recours recevable et partiellement fondé et, en conséquence, confirme la décision attaquée, sous déduction de 15.000 euros.

Cette décision, qui constitue la décision attaquée, est motivée comme suit :

" A. FAITS ET ANTECEDENTS

A.1. PROCEDURE ADMINISTRATIVE

1. Une plainte a été déposée contre le Centre de réadaptation «Les Blés d'Or», asbl.

2. Les fiches individuelles et mensuelles des enfants pour la période de novembre 2000 à avril 2001 ainsi que leurs horaires individuels, des extraits de journal de classe ont été fournis par les plaignants et/ou remis par M. OTTE, son directeur coordinateur.

Les factures remises par M. OTTE pour la même période ont été demandées aux organismes assureurs.

Ont été entendus :

- 7 thérapeutes sur 12,
- M. Xavier OTTE.

Des procès-verbaux de constat pour la période de novembre 2000 à avril 2001 ont été notifiés le 21 mars 2002 par voie de la recommandation postale avec accusé de réception à Monsieur OTTE, au Docteur BRONCHART ainsi qu'aux douze thérapeutes ou intervenants (Mesdames BOLLE, BOURGEOIS, DE GROOTE, DE VISSCHER, GREGOIRE, HENROT, JANSSENS, RASQUIN, THUMELAIRE, VANSOYE, WELCHER et Monsieur DENISTY).

3. Le 29 avril 2005, le Comité du service d'évaluation et de contrôle médicaux a désigné deux auditeurs chargés d'entendre l'asbl «Les Blés d'Or», si elle le souhaitait. Cette audition a eu lieu le 21 juin 2005.

Celle-ci y a exposé ses moyens de défense. L'enquête a été faite sur la certitude (fausse) que le calendrier scolaire ne peut jamais être aménagé en rapport avec les exigences de la prise en charge thérapeutique. Une mauvaise interprétation de la convention a également amené l'asbl à faire des erreurs. Elle a aussi assoupli les règles contenues dans cette convention, dans l'intérêt des enfants. Elle conteste encore l'extrapolation effectuée par le SECM pour établir les cas litigieux.

4. Le Comité du SECM a pris la décision entreprise le 17 mars 2006 par laquelle il :

1. décide que les griefs sont établis;
2. condamne le Centre de réadaptation fonctionnelle «Les Blés d'Or», asbl, à rembourser la valeur des prestations indûment perçues à charge de l'assurance soins de santé à savoir 91.605,18 EUR;
3. décide de ne pas infliger d'amende administrative et ce, pour cause de prescription (article 141, § 7, de la loi coordonnée).

B. RECOURS ET POSITION DES PARTIES

5. Le 8 mai 2006, l'asbl «Les Blés d'Or» a introduit un recours contre la décision du Comité du SECM précitée du 17 mars 2006. Ce recours a été reçu au Service le 9 mai 2006. Aux termes du dispositif de sa requête, l'intéressée sollicite de dire le recours recevable et fondé et de dire n'y avoir lieu à récupération d'indu.

Le SECM poursuit quant à lui la confirmation pure et simple de la décision.

C. EXAMEN DES MOYENS

C.1. QUANT AU PREMIER GRIEF

6. Il ressort des pièces du dossier que la durée des prestations face aux bénéficiaires avait souvent une durée inférieure aux 75 minutes requises par la convention signée par le Comité de l'assurance soins de santé de l'INAMI et l'asbl «les Blés d'Or».

Ainsi, à titre d'exemples, Madame Janssens a déclaré lors de son audition du 26 avril 2001 : «L'enfant participe à [des] séances de 10h15 à 10h30. Des séances plus longues me paraissent anti-thérapeutiques.»

Le procès-verbal de Madame THUMELAIRE reprend la déclaration suivante: «Je reconnais que je ne vois pas les enfants durant 30 minutes en séance individuelle, pendant les heures du jeudi où je suis en charge de la bibliothèque».

7. Comme explication, l'appelant soutient qu'il a effectué ce qu'il appelle «certains aménagements» de la convention, de toute bonne foi, dans l'intérêt des enfants dont il avait la charge.

Cependant, il est de jurisprudence constante qu'en matière d'infractions à la législation sociale (et en particulier à la législation AMI), la matérialité des faits reprochés suffit à établir l'existence de l'infraction reprochée; elles ne supposent pas, sauf disposition plus ample ou contraire (quod non en l'espèce), l'existence d'un élément moral.

Il est donc sans incidence que l'asbl «Les Blés d'Or» ait agi de bonne foi et sans intention délictueuse; le grief est établi.

8. En conséquence, le moyen n'est pas fondé.

9. L'appelante conteste l'extrapolation qu'a faite le SECM pour déterminer les cas à retenir à grief; celui-ci précise que ce grief repose sur l'analyse des pièces du dossier et les auditions de différents intervenants du Centre.

On relèvera à titre d'exemple que M. DENISTY a déclaré n'avoir eu aucun contact avec les enfants depuis le début de l'année scolaire 2000-2001. Sur cette base les enquêteurs ont retenu à grief toutes les prestations de M. DENISTY. Il ne s'agit pas d'une extrapolation.

Certes, après avoir analysé la moitié des prestations accomplies au sein de l'asbl, le SECM en déduit par présomption que toutes les prestations ne correspondaient pas aux obligations contenues dans la convention, le passage d'un fait connu à un fait méconnu paraît exagéré, rien n'empêchait l'intimé de poursuivre son analyse et de vérifier si toutes prestations ne correspondaient pas aux obligations de l'asbl.

Dès lors, la chambre de recours estime, ex aequo et bono, qu'il y a lieu de retrancher 15.000 euros aux 91.605,16 euros auxquels l'asbl a été condamnée.

C.2. QUANT AUX DEUXIEME ET TROISIEME GRIEFS.

10. L'appelant tente d'expliquer le non-respect de la convention par une mauvaise interprétation des termes de celle-ci.

Il explique que ce que la convention entendait par séance individuelle n'était pas claire pour lui.

Le Petit Robert définit ainsi le mot «individuel»: «qui concerne une seule personne, une seule personne à la fois». Il donne les synonymes suivants : distinct, propre, singulier, isolé.

La convention elle-même ne prête pas à confusion, En effet, dans le tableau 1 qui suit l'article 19, on peut lire : Séances individuelles «1 bénéficiaire face à 1 thérapeute pendant 1 heure 15 min. : prix par bénéficiaire = 1 forfait = 4.382F».

Le SECM voit mal comment le texte aurait pu être plus évident.

11. Il semble plus raisonnable de penser que l'asbl «Les Blés d'Or» a délibérément porté en compte des prestations qu'elle savait ne pas correspondre au libellé de la convention. Ceci ressort de certaines déclarations des personnes entendues :

Ainsi, dans le procès-verbal de l'audition du 21 mai 2001 du Dr BRONCHART, responsable de l'asbl, on peut lire «Je vous indique qu'Eros PILATO n'était pas à l'étude à cette heure-là. Je ne l'ai donc pas vu ce jour-là. (...) C'était la période où nous avions des déficits de facturation.».

Le Service d'évaluation et de contrôle médicaux relève également les déclarations du 5 juin 2001 de M^{me} VANSOYE : «Vous me demandez si les enfants sont plusieurs à la table à laquelle je travaille. Je vous réponds par l'affirmative (...) Vous me demandez si je sais que pour ces prestations ce sont des prestations de rééducation individuelles qui sont tarifées aux mutuelles. Je vous réponds par l'affirmative et je pense qu'elles doivent avoir lieu dans un local à part (...) Je vous indique qu'à l'époque où je voyais Florence DE GEYTER (n.d.l.r. le vendredi) je ne tarifais pas la séance de Florence DE GEYTER mais bien une séance de Pierre DUNGELHOF que j'avais vu le jeudi. Je ne tarifais pas Pierre DUNGELHOF le jeudi (...) Je vous indique que les séances de GAUTOT Adelin, Pierre DUNGELHOF et EL HADAD Avraham avaient bien lieu mais n'étaient pas tarifées le jour auquel elles avaient lieu dans la réalité mais la veille ou le lendemain.».

Ces témoignages démontrent à suffisance que l'appelant a, en toute connaissance de cause, arrangé les données concernant les prestations afin qu'elles correspondent au prescrit de la convention. En réalité ces prestations ne remplissaient pas les conditions exigées par la convention et n'auraient pas dû emporter de remboursement.

On peut donc mettre en doute le fait qu'une mauvaise interprétation de la part de l'appelant soit à la base de la facturation de prestations non-conformes.

12. En conséquence, le moyen n'est pas fondé.

PAR CES MOTIFS,

[...]

LA CHAMBRE DE RECOURS :

Déclare le recours recevable et partiellement fondé;

Confirme la décision attaquée du SECM du 17 mars 2006, sous déduction de 15.000 euros. [...]"

Elle est communiquée à la requérante par un courrier du 5 juin 2012, dont celle-ci prend connaissance le lendemain.

IV. PREMIER MOYEN

IV. 1. Thèses des parties

La requérante prend un moyen, le premier, de la violation de l'article 149 de la Constitution, du principe général de droit de la motivation, de l'erreur et de la

contradiction dans les motifs et du défaut d'examen complet des circonstances de la cause.

Elle indique, dans une première branche, que la décision attaquée constate que le S.E.C.M. a procédé par présomption et qu'il a exagéré dans le passage d'un fait connu à un fait inconnu, mais ne rencontre pas l'argument, développé en termes de conclusions, selon lequel seules peuvent être admises comme irrégulières les prestations pour lesquelles il existe une déclaration en ce sens des thérapeutes, à l'exclusion de toutes les autres prestations, qu'elle énonçait enfant par enfant; que le S.E.C.M. a procédé par extrapolation des déclarations de quelques thérapeutes interrogés, qui ont admis avoir aménagé leurs prestations dans le contexte de conflits ponctuels et dans l'intérêt de l'enfant; que cette réalité ne permet, toutefois, pas d'inférer que toutes les prestations de ces thérapeutes et des autres thérapeutes étaient irrégulières; que le comité s'est fondé exclusivement sur les documents établis par l'école et non sur ceux établis par la requérante; que, dans ses conclusions, la requérante a procédé à une analyse de toutes les prestations regroupées par enfant dont elle conteste l'irrégularité et a démontré, de manière précise et circonstanciée que rien n'établissait que la convention n'avait pas été respectée en l'absence de toutes déclarations des thérapeutes en ce sens; que la motivation de la décision attaquée, en son point 9, fait uniquement référence aux déclarations de monsieur DENISTY et ne répond pas aux conclusions de la requérante relatif à chaque enfant et qu'alors que la requérante mettait en évidence le caractère conventionnel des liens l'unissant à l'INAMI, c'est spontanément que la chambre de recours mentionne "qu'il est de jurisprudence constante qu'en matière d'infractions à la législation sociale (et en particulier à la législation AMI), la matérialité des faits reprochés suffit à établir l'existence de l'infraction reprochée", sans qu'elle juge utile d'identifier la base légale ou réglementaire de ce qui a été poursuivi comme un indu conventionnel.

Elle soutient, dans une seconde branche, que la décision attaquée examine les deuxième et troisième griefs ensemble alors qu'ils étaient distingués dans les conclusions et qu'ils portent sur des reproches différents; que, concernant le deuxième grief, elle a fait valoir son interprétation de la séance "individuelle", étant une séance au cours de laquelle un enfant fait l'objet de l'attention individuelle (c'est-à-dire exclusive) d'un thérapeute ou prestataire, quand bien même l'enfant est en contexte social (c'est-à-dire en environnement "réel" et non pas entre les quatre murs d'un bureau); que cette interprétation a été démentie, après les premières enquêtes, par une correspondance du médecin directeur des services de l'INAMI et il en a résulté une réorganisation des services de la requérante; que la question de savoir si les prestations antérieures doivent toutes être considérées comme non acceptables, y compris à défaut d'audition précise des prestataires, méritait un examen attentif et

circonstancié de la chambre de recours, qui n'a pas eu lieu; que, s'il a pu se produire que l'un ou l'autre thérapeute n'ait pas été en mesure de respecter l'individualisation décrite ci-dessus, cela n'autorisait pas la chambre de recours à valider, par référence à deux auditions (et deux auditions seulement) l'exclusion de l'ensemble des prestations identifiées sur base de ce grief, et qu'en procédant à un amalgame des deuxième et troisième griefs, sans s'en expliquer, la chambre de recours ne dit rien des manquements reprochés au titre du déficit d'interdisciplinarité.

Dans son mémoire en réponse, la partie adverse observe, quant à la première branche, que la jurisprudence du Conseil d'Etat est fixée dans le sens que "si le juge doit répondre explicitement ou implicitement à toute demande, toute exception, toute défense ou tout moyen formulés par les parties, il n'est pas tenu de les examiner un à un mais il suffit que, de l'ensemble de la décision, apparaissent les raisons pour lesquelles la demande, l'exception, la défense ou le moyen ont été rejetés" et que, pour être suffisamment motivée au regard de la Constitution, une décision juridictionnelle ne doit pas rencontrer tous les arguments soulevés par une partie. Elle relève qu'en l'espèce, la décision attaquée mentionne les déclarations qui lui ont permis de déclarer le grief établi, que l'argument pris de la bonne foi n'est pas retenu car la matérialité des faits suffit à établir l'existence d'une infraction à la législation sociale et que la décision attaquée a bien fait droit à l'argumentation de la requérante puisqu'elle diminue le montant de l'indu de 15.000 euros au motif que "Le passage d'un fait connu à un fait méconnu paraît exagéré; rien n'empêchait l'intimé de poursuivre son analyse et de vérifier si toutes les prestations ne correspondaient pas aux obligations de l'asbl". Elle répond, quant à la seconde branche, que la jurisprudence précitée relative à la motivation des décisions juridictionnelles est aussi applicable; qu'il est, en outre, faux de prétendre que la chambre de recours n'a pas examiné le troisième grief; et que le paragraphe 11 de la décision attaquée concerne les griefs 2 et 3, où la chambre de recours a estimé, sur la base des éléments du dossier, que la requérante effectuait un "arrangement" des données pour l'attestation des prestations qui devaient être individuelles et des prestations pour lesquelles trois thérapeutes devaient intervenir.

Dans son mémoire en réplique, et tout en rappelant les arguments contenus dans sa requête en cassation, la requérante fait valoir, quant à la première branche, qu'elle et ses conseils ont attentivement examiné les 2.539 pages du dossier d'investigation, d'où il résulte que les thérapeutes n'ont pas tous été interrogés, que ceux qui l'ont été ne l'ont pas nécessairement été sur l'ensemble de leurs prestations et que, parmi ceux qui ont été interrogés, un seul déclare que, dans la situation conflictuelle de l'époque, l'ensemble de ses prestations aurait été affecté; que, dans ses conclusions, elle a pointé, comme le S.E.C.M. aurait dû le faire, s'il y avait un lien

entre les pièces de celui-ci et les prestations prétendument à exclure; qu'il résulte de ses conclusions que seuls sept thérapeutes ou intervenants sur douze ont été auditionnés, et qu'il en résulte que, sur les 568 prestations prétendument indues et sanctionnées pour la première infraction, seules 74 prestations sanctionnées l'ont été sur base des éléments du dossier, soit à peine plus de treize pour cent des prestations sanctionnées; que le fait que la chambre de recours aurait admis l'argumentation de la requérante au niveau de l'évaluation du montant des prestations à rembourser en décidant de finalement retrancher la somme de 15.000 euros de la somme à rembourser ne permet nullement de rencontrer le grief tiré du défaut d'examen complet du dossier et du défaut de motivation de la réponse de la chambre de recours à cette argumentation; que cette motivation s'imposait afin de permettre à la requérante de comprendre les raisons qui ont déterminé la chambre de recours à confirmer, fût-ce partiellement, la décision de sanction du S.E.C.M. alors même qu'elle semble admettre son argumentation au niveau de l'évaluation du montant des prestations à rembourser; que la motivation de la décision de la chambre de recours ne permet pas à la requérante de comprendre pour quelle raison il a été décidé finalement de ne retrancher qu'une somme de 15.000 euros sur le montant total de l'indu de 91.605,16 euros, soit à peine seize pour cent, alors même qu'il ressort clairement du dossier que plus de quatre-vingt-six pour cent des prestations qui ont été sanctionnées, l'ont été sur base d'extrapolations sans être étayées par les éléments du dossier;

La requérante poursuit en indiquant que bien que la chambre de recours ne devait pas réfuter systématiquement tous les arguments développés devant elle et pouvait se contenter d'indiquer les motifs déterminant de sa décision, cela n'empêche pas qu'une motivation suffisamment circonstanciée est exigée; que force est de constater en l'espèce que, contrairement aux allégations de la partie adverse, la chambre de recours n'indique même pas les motifs déterminant de sa décision, se bornant à faire référence à titre exemplatif à la déclaration d'un seul thérapeute (M. DENISTY) – le seul ayant formulé une déclaration à portée générale, ici retirée de son contexte – pour en déduire, par extrapolation, que toutes les prestations de tous les thérapeutes pendant la période de novembre 2000 à avril 2001 ne correspondaient pas aux obligations conventionnelles de la requérante; que, selon la jurisprudence constante du Conseil d'Etat, la motivation doit témoigner de ce que l'autorité a porté une appréciation éclairée, objective et complète, en tenant compte de l'ensemble des éléments pertinents du dossier; qu'est partant insuffisante la motivation qui, sans justification, ne prend pas en considération des faits essentiels ou qui ne rencontre pas les explications circonstanciées et vraisemblables du destinataire de l'acte sur des éléments essentiels; qu'en l'espèce, il ne ressort nullement de la motivation de la décision de la chambre de recours – qui se borne à reprendre dans des termes quasi similaires les conclusions déposées par le S.E.C.M. – que celle-ci a porté une

appréciation éclairée et complète, en tenant compte de l'ensemble des éléments du dossier, en ce compris les explications circonstanciées et vraisemblables de la requérante au niveau notamment de l'évaluation du montant des prestations à rembourser; qu'il apparaît au contraire manifestement de cette motivation que la chambre de recours admet qu'il n'a pas été procédé à un examen complet du dossier; et que l'exigence de motivation est d'autant plus renforcée qu'on est ici en présence d'une décision prise par une autorité qui dispose d'un large pouvoir d'appréciation et dont les effets pour son destinataire sont très importants, de sorte que la motivation doit être proportionnelle à l'importance de la décision, ce qui n'est manifestement pas le cas en l'espèce.

Tout en rappelant les arguments contenus dans sa requête en cassation, elle réplique, quant à la seconde branche, que toutes les prestations exclues sont antérieures au règlement de ce conflit d'interprétation de la convention et se rattachent à une période au cours de laquelle elle pensait qu'affecter un thérapeute à l'examen exclusif (et donc individuel) d'un enfant en situation "sociale" (réfectoire, récréation) satisfaisait au critère d'individualisation; qu'aussitôt que le médecin directeur de l'INAMI a tranché, les pratiques ont été modifiées; qu'une attention "individuelle" ne signifie pas nécessairement "seuls entre quatre murs", ceci étant tellement vrai que, depuis lors, l'INAMI a admis la pertinence de la position interprétative de la requérante puisque la convention nouvelle admet en effet de telles pratiques et qu'elle ne perçoit pas comment la partie adverse peut alléguer en terme de mémoire en réponse que "La Chambre de recours aurait estimé, sur base des éléments du dossier que l'asbl effectuait un «arrangement» des données, pour l'attestation de prestations qui devaient être individuelles mais aussi pour les prestations où 3 thérapeutes devaient intervenir et pour lesquelles les conditions édictées dans la convention n'étaient pas remplies", cette allégation ne concernant tout d'abord que le deuxième grief, avant de passer au troisième sans aucune explication ni justification.

IV. 2. Décision du Conseil d'Etat

A. Quant à la première branche

Les termes de la décision attaquée font apparaître que la chambre de recours considère, sur la base des déclarations de trois membres du personnel de la requérante (Mesdames Janssens et Thumelaire et Monsieur Denisty), qu'une très grande partie des faits reprochés au titre du premier grief sont établis.

Dans les conclusions déposées le jour de l'audience, la requérante exposait, sur plus de dix pages, enfant par enfant, les raisons pour lesquelles le premier grief ne pouvait être déclaré établi.

Ces explications se rapportaient non seulement aux prestations effectuées par les trois membres du personnel précités, mais également à celles qui avaient été attestées par d'autres employés de la requérante, et à propos desquelles la chambre de recours n'expose pas les raisons qui justifieraient le grief.

La motivation de la décision attaquée ne permet pas de comprendre pourquoi les faits contestés par la requérante et imputés à d'autres personnes que les trois membres du personnel précités ont été retenus.

Elle ne permet pas davantage d'identifier la base légale ou réglementaire de la condamnation de la requérante au remboursement de la valeur des prestations indument perçues à charge de l'assurance "soins de santé".

Ce défaut d'indication de la base légale ou réglementaire vicie la décision attaquée en tant que celle-ci se prononce sur les trois griefs formulés à l'encontre de la requérante.

B. Quant à la seconde branche

La seconde branche reproche à la décision attaquée, d'une part, de ne pas avoir suffisamment motivé le rejet de l'argumentation opposée par la requérante au deuxième grief et, d'autre part, d'avoir considéré que le troisième grief était établi pour les mêmes motifs que pour le deuxième.

Dans ses conclusions, la requérante réfutait le deuxième grief au motif que la notion de suivi "individuel" des enfants n'était pas claire.

Par les motifs qu'elle expose au point 10 de la décision attaquée, la chambre de recours motive à suffisance le rejet de la réfutation opposée à ce grief par la requérante.

Par ailleurs, le fait que les pratiques aient été modifiées après que le directeur général du service des soins de santé de l'INAMI a contesté l'interprétation donnée par la requérante à la notion de suivi individuel et le fait que la Convention conclue avec l'INAMI a été modifiée pour davantage correspondre aux pratiques

voulues par la requérante, n'enlève rien au fait que la chambre de recours a valablement pu considérer que le deuxième grief était établi.

Dans la mesure où il porte sur la décision attaquée, en tant que celle-ci statue sur le deuxième grief, le moyen, qui invoque la violation de l'article 149 de la Constitution, ne peut être accueilli en cette branche.

Enfin, dans ses conclusions, la requérante réfutait le troisième grief au motif qu'un troisième intervenant aurait bien été présent.

Le point 11 de la décision attaquée expose les motifs pour lesquels la chambre de recours a considéré que la requérante a porté en compte des prestations irrégulièrement exécutées, mais n'expose pas en quoi le troisième grief serait spécifiquement fondé.

Le moyen est donc fondé en cette seconde branche, dans la mesure où la décision attaquée statue sur le troisième grief formulé à l'encontre de la requérante.

V. SECOND MOYEN

V. 1. Thèses des parties

La requérante prend un moyen, le second, de la violation du caractère subsidiaire de la méthode de l'évaluation ex aequo et bono et de l'obligation de motivation du principe de l'indemnisation ex aequo et bono. Elle indique qu'en principe, le juge doit se livrer à un calcul précis pour fixer le montant des prestations régulières et que ce n'est que s'il s'avère impossible de déterminer avec précision ce montant qu'il peut recourir à une évaluation ex aequo et bono (évaluation forfaitaire plus ou moins approximative); que cette méthode présente un caractère subsidiaire et le juge qui s'y rallie doit expressément motiver sa décision en précisant les raisons pour lesquelles, à son estime, les éléments d'évaluation proposés par les parties ne peuvent être admis et l'impossibilité de déterminer avec certitude l'étendue exacte du montant en l'absence d'éléments suffisants; que la Cour de cassation a jugé, dans un arrêt du 8 février 1978, que le juge devra justifier d'une impossibilité absolue liée à la nature même des prestations et non d'une impossibilité relative liée au refus des parties de lui soumettre les éléments en leur possession; que c'est précisément à cet effet qu'elle avait dépouillé, en vue d'établir ses conclusions, l'ensemble des pièces du dossier; qu'il apparaissait en toute clarté que la toute grande majorité des prestations dites indues en application du premier grief l'étaient sans que figure au dossier le moindre commencement de preuve du non-respect des exigences

conventionnelles; qu'il appartenait à la chambre, investie d'une compétence de pleine juridiction, de procéder à cet examen ou, le cas échéant, d'avoir recours à dire d'expert si le travail semblait trop ardu. Selon la requérante, en l'espèce, cette motivation est inexistante, la chambre de recours opte, sans la moindre motivation, pour la méthode subsidiaire de l'évaluation ex aequo et bono alors même qu'elle dispose de tous les éléments pour procéder à une évaluation réelle des prestations régulières; qu'il en va d'autant plus ainsi que la chambre de recours n'indique pas davantage si son évaluation ex aequo et bono est circonscrite aux observations formulées par la requérante sur le premier grief ou si c'est sur l'ensemble des griefs.

Dans son mémoire en réponse, la partie adverse objecte que la décision attaquée mentionne que le S.E.C.M. n'a analysé que la moitié des prestations accomplies et que la présomption qu'il en a tirée est exagérée; que les conclusions de la requérante ne contiennent pas un autre mode de calcul du dommage subi par l'assurance maladie-invalidité mais se contente de se prononcer sur la matérialité des faits; que la Cour de cassation a jugé, dans un arrêt du 9 octobre 1997, que "le juge doit apprécier le montant du dommage ex aequo et bono si aucune des parties n'apporte ou ne peut apporter des éléments pour apprécier le dommage" et qu'aucune partie n'ayant proposé de mode de calcul différent, le juge pouvait recourir à l'évaluation ex aequo et bono.

Dans son mémoire en réplique, et tout en rappelant les arguments contenus dans sa requête en cassation, la requérante fait valoir, quant au second moyen, qu'en termes de mémoire en réponse, la partie adverse se réfère à un arrêt de la Cour de cassation du 9 octobre 1997 selon lequel l'obligation de recourir à une évaluation ex aequo et bono est conditionnée à l'absence d'apport ou de possibilité d'apport par les parties des éléments pour apprécier le dommage; que tel toutefois est bien ce qu'elle a développé dans sa requête; qu'en l'espèce, le dossier et les conclusions déposés devant la chambre de recours apportaient à suffisance et en toute clarté les éléments permettant à celle-ci d'apprécier et d'évaluer avec précision le montant des prestations régulières, c'est-à-dire celles dont le prétendu caractère indu n'est pas étayé par le moindre commencement de preuve du non-respect des exigences conventionnelles; que cette estimation a d'ailleurs été réalisée dans la première branche du premier moyen, où la requérante estime ainsi que, parmi les 568 prestations sanctionnées pour la première infraction, seules 74 prestations étaient irrégulières sur base des éléments du dossier, cette estimation pouvant aisément être réalisée tant pour le premier grief que pour les deuxième et troisième et que la motivation de la décision attaquée quant au premier grief ne manque pas de surprendre puisque cela revient à admettre que la requérante, qui a tort quant à

l'existence des violations, a raison quand il s'agit de réduire le montant de l'indu, ce qui ne se peut.

V. 2. Décision du Conseil

La requérante dénonce la violation du caractère subsidiaire de la méthode de l'évaluation "ex aequo et bono" et de l'obligation de motivation du principe de l'indemnisation "ex aequo et bono", sans toutefois viser les dispositions qui consacraient, ou desquelles se déduiraient, ce caractère subsidiaire et cette obligation de motivation.

Ce faisant, elle ne permet au Conseil d'Etat ni d'examiner si une règle applicable en l'espèce peut recevoir une interprétation conforme à ce qu'elle soutient à l'appui de son moyen, ni, partant, de se prononcer sur les mérites de celui-ci.

Le moyen doit, en conséquence, être déclaré irrecevable.

PAR CES MOTIFS, D E C I D E :

Article 1^{er}.

Est cassée la décision prise le 31 mai 2012, sous le numéro FB-003-06, par laquelle la chambre de recours instituée auprès du service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité confirme la décision du service précité du 17 mars 2006 condamnant l'a.s.b.l. LES BLES D'OR à rembourser la valeur des prestations indûment perçues à charge de l'assurance soins de santé soit 91.605,16 euros, sous déduction de 15.000 euros.

Article 2.

Le présent arrêt sera transcrit sur les registres de la chambre de recours instituée auprès du service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité et mention en sera faite en marge de la décision cassée.

Article 3.

L'affaire est renvoyée à la chambre de recours instituée auprès du service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité autrement composée.

Article 4.

Les dépens, liquidés à la somme de 175 euros, sont mis à la charge de la partie adverse.

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique de la VI^e chambre, le quatorze juin deux mille treize par :

M^{me} Odile DAURMONT,
MM. Paul LEWALLE,
David DE ROY,
M^{me} Caroline HUGÉ,

Président de chambre,
Conseiller d'Etat,
Conseiller d'Etat,
Greffier.

Le Greffier,

Le Président,

Caroline HUGÉ.

Odile DAURMONT.