

DECISION DE LA CHAMBRE DE PREMIERE INSTANCE DU 17 SEPTEMBRE 2013
FA-005-12

EN CAUSE DE : **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 ;

Partie demanderesse ;

Représenté par le Docteur C., médecin-inspecteur, et par Madame D.,
juriste.

CONTRE : **Madame A. accoucheuse, praticienne de l'art infirmier**
SPRL B.

Parties défenderesses ;

Ne comparaissant pas ;

I. LA PROCEDURE

La Chambre de première instance a pris en considération dans son délibéré les pièces inventoriées du dossier de la procédure, et notamment :

- la requête du 2 mars 2012, entrée au greffe le même jour ;
- la note de synthèse du SECM ;
- les conclusions de Madame A., entrées au greffe le 5 juin 2012 ;
- les conclusions en réplique du SECM, entrées au greffe le 5 septembre 2012 ;
- les conclusions additionnelles de Madame A., entrées au greffe le 25 septembre 2012 ;
- les différentes convocations en vue de l'audience du 21 janvier 2013.

Le SECM a été entendu à l'audience du 21 janvier 2013, à la suite de quoi la cause a été prise en délibéré.

Bien que régulièrement convoquées, Madame A. et la sprl B. n'ont pas comparu.

La Chambre de première instance a décidé de refuser au conseil de Madame A. la remise sollicitée pour consulter le dossier et déposer des conclusions (article 17 de l'arrêté royal du 9 mai 2008 fixant les règles de fonctionnement et le Règlement de procédure des Chambres de première instance et des Chambres de recours instituées auprès du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI).

Compte tenu du refus de la Chambre de première instance de lui accorder la remise sollicitée, le conseil de Madame A. a décidé de ne pas comparaître pour elle.

Par lettre recommandée de son conseil entrée au greffe le 12 juin 2013, Madame A. et la SPRL B. ont demandé à la Chambre de première instance de rouvrir les débats.

Elles ne font cependant pas état d'une pièce ou d'un fait nouveau et capital découverts durant le délibéré.

La Chambre de première instance rejette dès lors la demande de réouverture des débats.

La loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, ci-après loi ASSI et l'arrêté royal du 9 mai 2008 fixant les règles de fonctionnement et le Règlement de procédure des Chambres de première instance et des Chambres de recours ont été respectés dans le cadre de la procédure.

II. L'OBJET DE LA DEMANDE.

Le SECM demande à la Chambre de première instance de déclarer que les griefs suivants sont établis dans le chef de Madame A. :

Grief 1 (basé sur l'article 73bis, 1° de la loi ASSI) : 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 juillet 1994 ou ses arrêtés d'exécution lorsque les prestations n'ont pas été effectuées ou fournies (275 prestations pour 1 cas d'assurés - montant total de **7.277,54 €**);

Grief 2 (basé sur l'article 73bis, 2° de la loi ASSI): 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 juillet 1994 lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans la dite loi, ses arrêtés d'exécution ou les accords conclus en vertu de cette même loi -Surscorage des critères de dépendance (3.163 prestations pour 10 cas d'assurés - montant total de **65.050,59 €**);

En conséquence, le SECM demande à la Chambre de première instance de:

- condamner solidairement Madame A. et la SPRL B. au remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé, soit la somme de **72.328, 13 €** (article 142, § 1^{er}, 1° et 2° de la loi ASSI coordonnée) ;
- constater quant au 1^{er} grief qu'un montant de **7.277, 54 €** a déjà été remboursé ;

- condamner solidairement Madame A. et la SPRL B. au remboursement du solde de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé, soit la somme de **65.050, 59 €** ;
- condamner Madame A. au paiement d'une amende administrative s'élevant à 150 % du montant de la valeur des prestations indues, soit la somme de **10.916, 31 €** (article 142, §1, 1°, de la loi ASSI coordonnée- 1^{er} grief) ;
- condamner Madame A. au paiement d'une amende administrative s'élevant à 100% du montant de la valeur des prestations indues, soit la somme de **65.050,59 €** (article 142, §1, 2°, de la loi ASSI coordonnée-2^{ème} grief).

A l'audience du 21 janvier 2013, le SECM demande à la Chambre de première instance de condamner Madame A. au paiement des amendes administratives prévues par le Code pénal social.

III. LES FAITS.

Madame A. travaille comme infirmière à domicile indépendante, depuis le 2 août 2001 (diplôme obtenu en 1999) et est conventionnée.

Elle est responsable de la répartition du travail et de l'administration au sein de la SPRL B. Elle s'occupe également des soins aux patients.

Deux autres infirmières travaillent dans le groupe : E. (indépendante- reçoit un forfait mensuel) et F. (salariée).

Madame A. dispose de mandats pour attester aux mutualités les prestations des deux autres infirmières.

Le groupe applique le système du tiers payant et ne demande pas d'intervention personnelle aux patients.

Les attestations récapitulatives sont toujours signées par Madame A.

Le SECM relève que les dossiers infirmiers sont tenus à jour mais sont incomplets (ils ne reprennent souvent que l'identité du patient et une liste informatisée des prestations effectuées).

Madame A. a reçu un avertissement parce que le registre des prestations mentionnait les prestations programmées au lieu des prestations réellement effectuées.

L'enquête du SECM concerne la période d'introduction auprès des organismes assureurs comprise entre le 1^{er} janvier 2007 et le 31 juillet 2008.

Afin d'effectuer son enquête, le SECM a demandé des listings informatiques aux unions nationales des organismes assureurs pour la période précitée.

Ces listings devaient contenir :

- 1) les données basées sur le numéro de tiers payant ... ;
- 2) les données basées sur les numéros des dispensateurs de soins (après découverte d'un deuxième numéro de tiers payant) ;
- 3) les données par assuré (sélection sur la base des données par dispensateur de soins).

Le SECM a également procédé à l'audition de 20 assurés et de 9 médecins traitants.

Madame A. a été entendue les 9 avril 2009 et 9 octobre 2009.

Le procès-verbal de constat (PVC) a été dressé le 23 avril 2009.

Le 10 juin 2009, le SECM a reçu de Madame A. un ensemble de documents dans lesquels elle réfute les griefs pour la plupart des patients chez qui des infractions ont été constatées.

Le 2 octobre 2009, le SECM a reçu un second courrier apportant des arguments supplémentaires pour réfuter les griefs au sujet de 2 patients.

IV. LA DISCUSSION.

A. Les délais.

Pour les prestations non effectuées ou non conformes intervenues avant le 15 mai 2007 (article 141, § 5 de la loi ASSI), les constatations doivent, à peine de nullité, intervenir dans les deux ans à compter du jour où les documents relatifs aux faits litigieux sont reçus par les organismes assureurs (article 174, 10° de la loi ASSI coordonnée, tel qu'en vigueur jusqu'au 8 avril 2012).

Pour les prestations non effectuées ou non conformes intervenues à partir du 15 mai 2007 (article 73bis de la loi ASSI coordonnée), les éléments matériels de l'infraction sont constatés par un procès-verbal qui doit, à peine de nullité, être établi dans les deux ans à compter du jour où les documents relatifs aux faits litigieux sont reçus par les organismes assureurs (article 142, § 2 de loi ASSI).

Les contestations mentionnées à l'article 73bis qui sont de la compétence des Chambres de première instance conformément à l'article 144, § 2, 1°, doivent être introduites auprès de ces Chambres dans les trois ans suivant la date du procès-verbal (article 142, § 3, 3° de la loi ASSI).

Madame A. demande d' « *annuler toutes les charges, remboursement et amendes retenues* » contre elle et sa société et « *1 cent symbolique pour la préparation des préjudices causés* ».

Elle estime que l'enquête concernant ses activités d'infirmière a été particulièrement longue et a entraîné diverses conséquences sur sa vie professionnelle et familiale (rupture de la convention la liant au centre de soins « C. » de ..., annulation des soins par différents patients, baisse progressive des activités de la sprl B. jusqu'à sa « *rupture totale* » en septembre 2011, chômage du « *gestionnaire de cette société* »).

Elle demande à la Chambre de première instance de tenir compte du préjudice porté à sa famille et à la société en raison de la lenteur de l'enquête, considérant que « *le délai d'instruction* » n'a pas été

respecté.

La Chambre de première instance estime que l'enquête menée par le SECM n'a pas été anormalement longue, vu les différents devoirs d'enquête réalisés : demande et examen de listings informatiques des organismes assureurs, auditions de 20 assurés et de 9 médecins traitants, auditions de Madame A. à deux reprises.

Le premier grief concerne des prestations introduites à l'organisme assureur à partir du 7 novembre 2007 (date des prestations du 1^{er} avril 2007 au 31 décembre 2007).

Le deuxième grief concerne des prestations introduites à l'organisme assureur à partir du 15 mai 2007 (date des prestations du 1^{er} avril 2007 au 30 juin 2008).

Le procès-verbal de constat a été établi le 23 avril 2009 et notifié par lettre recommandée le 24 avril 2009 (et par pli ordinaire le 18 mai 2009).

Le délai de deux ans a donc été respecté.

Le SECM a déposé la requête au greffe de la Chambre de première instance, le 2 mars 2012, soit endéans le délai de trois ans à compter du procès-verbal de constat.

C'est à tort que Madame A. se plaint d'une prétendue longueur de l'enquête initiée par le SECM.

La Chambre de première instance relève surabondamment que Madame A. ne prouve ni la réalité ni l'étendue du prétendu préjudice allégué et encore moins un quelconque lien de causalité entre le prétendu préjudice allégué et la prétendue longueur de l'enquête initiée par le SECM.

B. Les infractions et le remboursement de l'indu.

1.

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, conformément à l'article 142, § 1^{er}, 1^o et 2^o de la loi ASSI (pour les faits commis à partir du 15 mai 2007).

Il suffit que les éléments matériels constitutifs d'une infraction «réalité » ou « conformité», basée sur l'article 73bis de la loi ASSI (pour les faits commis à partir du 15 mai 2007), soient établis pour entraîner une obligation de remboursement de l'indu, sans qu'un élément moral (être animé d'une volonté délictueuse, ne pas faire preuve de bonne foi, agir librement et consciemment, etc.) ne soit requis.

La démonstration éventuelle d'une cause de justification (contrainte, erreur ou ignorance, etc.) ne fait nullement disparaître l'obligation de remboursement de l'indu - vu que ladite obligation découle du seul non-respect de dispositions légales ou réglementaires, en particulier de la nomenclature des prestations de soins de santé, et est indépendante d'un quelconque élément moral - et ne peut avoir d'incidence que par rapport à une éventuelle

amende administrative.

Les éléments matériels constitutifs d'une infraction peuvent être considérés comme étant établis « (...) *en se fondant sur la concordance entre les témoignages des assurés et plusieurs éléments de l'enquête, éléments qui n'ont pas été sérieusement contestés par le dispensateur de soins au cours de ses auditions* (...) » (C.E., arrêt n° 64.701 du 21 février 1997, inédit).

La Chambre de première instance est tenue d'examiner si les éléments matériels constitutifs des infractions, basées sur l'article 73bis, 1° et 2°, de la loi ASSI et visées par le SECM sous forme de 2 griefs, sont établis dans le chef de Madame A.

2.

Grief n° 1.

Le premier grief porte sur des prestations non effectuées.

Ce grief a été constaté dans 1 cas d'assuré pour la période de prestations attestées du 1^{er} avril 2007 au 31 décembre 2007 et d'introduction à l'OA du 7 novembre 2007 au 7 janvier 2008.

Il est formulé pour 275 prestations, à savoir 189 prestations 425294 W 7,371 et 86 prestations 425692 W 10,944, à concurrence d'un indu total de 7.277, 54 €.

Sur base de l'article 8, § 1 de la nomenclature des prestations de santé (NPS), le forfait B ne peut être facturé, s'agissant de prestations effectuées au domicile ou à la résidence du bénéficiaire (425294) ou durant le week-end ou un jour férié (425692) une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants :

- dépendance pour le critère « se laver » et le critère « s'habiller » (score 3 ou 4), et
- dépendance pour le critère « transfert et déplacements » et le critère « aller à la toilette » (score 3 ou 4), et
- dépendance pour le critère de « continence » et/ou pour le critère « manger » (score 3 ou 4)

Le grief est fondé sur les déclarations de l'assurée.

Lors de son audition, le 28 octobre 2008, Madame G. née le ..., a en effet déclaré que (traduction) :

«... Je vous montre un calendrier où j'ai noté les dates auxquelles l'infirmière passait. L'infirmière est venue la première fois le 24 novembre 2006 et la dernière fois le 8 décembre 2006. Elle n'a plus jamais dû revenir ensuite pour une autre affection... ».

Sur base de cette audition, la Chambre de première instance estime que ce grief est établi.

Les prestations retenues à grief sont toutes celles postérieures au 8 décembre 2006, à savoir du 1^{er} avril 2007 au 31 décembre 2007.

Le 23 octobre 2009, Madame A. s'est déclarée d'accord de rembourser spontanément l'indu en 7 mensualités.

A la date du 15 mai 2010, elle a remboursé les 7.277, 54 €.

Grief n° 2.

Le second grief porte sur des prestations non conformes.

Selon le SECM, il s'agit de « surscorage » des critères de dépendance.

Il a été constaté dans 10 cas d'assurés pour la période de prestations attestées du 1^{er} avril 2007 au 30 juin 2008 et d'introduction à l'OA du 15 mai 2007 au 31 juillet 2008.

Il est formulé pour 3.163 prestations, à savoir 2.182 prestations 425294 W 7,371 et 981 prestations 425692 W 10,944, à concurrence d'un indu différentiel de 65.050,59 €.

Sur base de l'article 8, § 1 de la nomenclature des prestations de santé (NPS), le forfait B ne peut être facturé, s'agissant de prestations effectuées au domicile ou à la résidence du bénéficiaire (425294) ou durant le week-end ou un jour férié (425692) une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants :

- dépendance pour le critère « se laver » et le critère « s'habiller » (score 3 ou 4), et
- dépendance pour le critère « transfert et déplacements » et le critère « aller à la toilette » (score 3 ou 4), et
- dépendance pour le critère de « continence » et/ou pour le critère « manger » (score 3 ou 4)

Le grief est fondé sur les déclarations des assurés, de leur médecin traitant et, dans certains cas, sur le contrôle du degré de dépendance par l'infirmière de l'organisme assureur.

Le degré de dépendance de Madame H. correspond à un forfait A et non à un forfait B comme attesté.

La Chambre de première instance fonde sa décision sur la déclaration de l'assurée du 30 octobre 2008 et le contrôle des forfaits par la mutuelle.

Il en résulte un indu différentiel de **5.507, 17 €.**

Le degré de dépendance de Madame I. correspond à un forfait A et non à un forfait B comme attesté.

La Chambre de première instance fonde sa décision sur la déclaration de l'assurée du 4 septembre 2008 et sur celle du médecin-traitant, le docteur J., du 26 mars 2009.

Il en résulte un indu différentiel de **5.850, 86 €.**

Le degré de dépendance de Madame K. correspond à 2 toilettes par semaine et non à un forfait B comme attesté.

La Chambre de première instance fonde sa décision sur la déclaration de l'assurée du 3 septembre 2008 et sur celle du médecin-traitant, le docteur L., du 18 mars 2009.

Il en résulte un indu différentiel de **13.161, 29 €.**

Le degré de dépendance de Madame M. correspond à 7 toilettes par semaine et non à un forfait B comme attesté.

Madame A. a fait remarquer que, suite à un alitement prolongé, la patiente a eu une escarre au talon

gauche ayant trainé près d'une année, des soins de plaies ayant dès lors été administrés du 30 avril 2007 au 9 mars 2008, en plus d'une toilette quotidienne. Elle a joint à son courrier du 10 juin 2009 des copies de prescriptions de pansements par le médecin traitant.

Dans sa note de synthèse, le SECM tient compte des pansements pour le calcul différentiel, bien que les données des OA ne mentionnent pas de pseudocodes pour les pansements.

La Chambre de première instance fonde sa décision sur la déclaration de l'assurée du 1^{er} juillet 2008 et sur celle du médecin-traitant, le docteur N., du 19 mars 2009.

Il en résulte un indu différentiel de **2.804, 32 €**.

Le degré de dépendance de Madame O. correspond à un forfait A et non à un forfait B comme attesté.

La Chambre de première instance fonde sa décision sur la déclaration de l'assurée du 2 décembre 2008 et sur la retranscription des déclarations téléphoniques du médecin-traitant, le docteur P., du 9 mars 2009.

Il en résulte un indu différentiel de **1.893, 81 €**.

Le degré de dépendance de Madame Q. correspond à un forfait A et non à un forfait B comme attesté.

La Chambre de première instance fonde sa décision sur la déclaration de l'assurée du 1^{er} décembre 2008 et la déclaration du médecin-traitant, le docteur R., du 10 mars 2009.

Il en résulte un indu différentiel de **1.354, 35 €**.

Le degré de dépendance de Madame S. correspond à un forfait A et non à un forfait B comme attesté.

La Chambre de première instance fonde sa décision sur la déclaration de l'assurée du 14 août 2008 et la déclaration du médecin-traitant, le docteur T., du 26 mars 2009.

Il en résulte un indu différentiel de **3.264, 39 €**.

Le degré de dépendance de Madame U. correspond à 2 toilettes par semaine et non à un forfait B comme attesté.

La Chambre de première instance fonde sa décision sur la déclaration de l'assurée du 23 octobre 2008 et la déclaration du médecin-traitant, le docteur V., du 12 mars 2009.

Il en résulte un indu différentiel de **13.161, 29 €**.

Le degré de dépendance de Madame W. correspond à 2 toilettes par semaine et non à un forfait B comme attesté.

La Chambre de première instance fonde sa décision sur la déclaration de l'assurée du 2 octobre 2008 et la déclaration du médecin-traitant, le docteur X., du 4 mars 2009.

Il en résulte un indu différentiel de **11.232, 21 €**.

Le degré de dépendance de Madame Y. correspond à un forfait A et non à un forfait B comme attesté.

En réaction à la déclaration du médecin traitant, le docteur Z., du 18 mars 2009, Madame A. a fait valoir que celui-ci voyait sa patiente en moyenne tous les deux mois et qu'il s'agit d'une patiente introvertie.

Des données OA, il appert que le médecin traitant a vu seulement 2 fois Madame Y. sur une période de 14 mois.

Le SECM a dès lors fait abstraction de sa déclaration et a recalculé l'indu différentiel sur base d'un forfait A (au lieu de 2 toilettes par semaine, comme indiqué dans le PVC).

La Chambre de première instance fonde sa décision sur la déclaration de l'assurée du 27 août 2008.

Il en résulte un indu différentiel de **6.820, 90 €**.

Le SECM relève à bon droit que, dans ses lettres reçues le 10 juin 2009 et 2 octobre 2009, Madame A. n'avance jamais d'arguments de nature à pouvoir réfuter le score mentionné sur l'échelle de dépendance établie par le médecin généraliste, sauf dans le cas de Madame Y. que le médecin généraliste ne voyait que trop sporadiquement pour pouvoir se faire une idée de sa situation de dépendance (et dont le SECM a tenu compte).

Madame A. n'indique pas non plus en quoi « *les échelles de Katz demeurent subjective et contradictoires avec les déclarations des patients dont les copies se trouvent dans le dossier* ».

Elle n'avance aucun argument de nature à pouvoir réfuter le score mentionné sur l'échelle de dépendance établie par le médecin traitant.

Après avoir pris connaissance des conclusions en réplique du SECM, elle se borne à réitérer les mêmes arguments.

En conclusion, la Chambre de première instance constate que tous les griefs sont établis et que Madame A. ne fournit aucun élément de nature à contredire l'existence de ceux-ci.

Madame A. est donc condamnée à rembourser la totalité de l'indu sur base de l'article 142, § 1^{er}, 1^o et 2^o de la loi ASSI, soit actuellement un solde de 65.050, 59 €, après paiement de la somme de 7.277, 54 € correspondant au grief n° 1.

C. La sanction.

Les éléments matériels propres aux infractions sont établis.

L'élément moral requis pour chacune des infractions est également établi, dans la mesure où le non-respect de la nomenclature des prestations de santé a été commis librement et consciemment par Madame A.

C'est en vain que celle-ci invoquerait sa bonne foi ou l'absence d'intention de fraude.

Les infractions précitées figurent parmi les infractions réglementaires pour lesquelles l'élément moral se limite au fait d'agir librement et consciemment et ne porte absolument pas sur la bonne (ou mauvaise) foi du prestataire, pas plus que sur une quelconque intention frauduleuse.

De surcroît, la bonne foi ne constitue nullement une cause de justification d'une infraction.

Madame A. ne peut faire valoir aucune cause de justification pour faire obstacle à la sanction.

La Chambre de première instance estime dès lors que les infractions précitées ont été commises par Madame A. et lui sont imputables.

Les seules sanctions qui peuvent, le cas échéant, être infligées à Madame A., dans le cadre de la présente contestation, telle qu'elle est soumise à la Chambre de première instance, sont les sanctions de niveau 2 prévues à l'article 101 du Code Pénal Social, soit une amende administrative de 25 à 250 €, majorée des décimes additionnels (article 102 du CPS) et non les sanctions prévues à l'article 142, § 1^{er}, al. 1, 1^o et 2^o de la loi ASSI (voy. notamment Chambre de recours, décision prononcée le 18 avril 2013, numéro de rôle FB-005-11, publié sur le site internet de l'INAMI).

L'INAMI ne le conteste d'ailleurs pas.

A la connaissance de l'INAMI, il n'y a pas de plainte pénale concernant Madame A. (article 71 du CPS).

Dans son appréciation de l'amende administrative à infliger à Madame A, la Chambre de première instance estime devoir tenir compte des éléments suivants :

- la gravité du manquement imputé à un dispensateur de soins habilité à porter des prestations en compte à l'assurance obligatoire soins de santé et, à ce titre, astreint à une obligation impérative de respect de la réglementation. La Chambre de première instance constate en effet que Madame A. a attesté des prestations qu'elle n'a pas effectuées ou non conformes à la réglementation ;
- l'ampleur des prestations litigieuses ;
- le volume des sommes portées en compte de l'assurance soins de santé ;
- l'absence de remboursement de l'indu relatif au second grief.

En conclusion, la Chambre de première instance décide d'infliger à Madame A., une amende administrative de 250 € pour le grief 1 et de 250 € pour le grief 2 (article 101 du CPS).

Les infractions ayant été commises avant le 1^{er} janvier 2012, ces montants doivent être majorés de quarante- cinq décimes additionnels (article 102 du CPS et article 1^{er} de la loi du 5 mars 1952 relative aux décimes additionnels sur les amendes pénales, modifié par l'article 36 de la loi du 7 février 2003 portant diverses dispositions en matière de sécurité routière-M.B. du 25 février 2003 et avant sa modification par l'article 2 de la loi du 28 décembre 2011 portant des dispositions diverses en matière de justice (II)- M.B. du 30 décembre 2011, Ed. 4, p.81669).

Une amende majorée de quarante-cinq décimes additionnels correspond à une amende multipliée par le facteur 5, 5 (chaque dixième de l'amende est en effet multiplié par 45 et ensuite ajouté au montant de l'amende).

L'amende s'élève dès lors à un montant total de 2.750 € (250 € x 2 x 5,5).

Compte tenu de la faiblesse de cette sanction par rapport à la gravité des faits commis, la Chambre de première instance décide de ne pas octroyer de sursis à Madame A.

D. Les intérêts.

Les sommes dont Madame A. est redevable produisent de plein droit des intérêts au taux d'intérêt légal en matière sociale, à partir du premier jour ouvrable suivant la notification de la décision de la Chambre de première instance, le cachet de la poste faisant foi (article 156, § 1^{er}, alinéa 2 de la loi ASSI, modifié par l'article 4 de la loi du 29 mars 2012 portant des dispositions diverses (II)- M.B. du 30 mars 2012, Ed. 3, p. 20.558).

E. La condamnation solidaire.

En régime du tiers payant, les prestations de l'assurance soins de santé payées indûment sont remboursées par le dispensateur de soins qui ne s'est pas conformé aux dispositions légales ou réglementaires. Lorsque les prestations ont été perçues, pour son propre compte, par une personne physique ou morale, celle-ci est solidairement tenue au remboursement avec le dispensateur de soins (article 164, alinéa 2 de la loi ASSI).

La SPRL B. doit dès lors être condamnée solidairement avec Madame A. au paiement de la somme de 65.050, 59 €.

F. L'exécution provisoire.

Les décisions de la Chambre de première instance sont exécutoires de plein droit par provision, nonobstant tout recours (article 156, § 1^{er} de la loi ASSI).

Si le débiteur fait défaut, l'Administration de la taxe sur la valeur ajoutée, de l'enregistrement et des domaines peut être chargée de la récupération des montants dus (article 156, § 1^{er}, al. 3 de la loi ASSI).

PAR CES MOTIFS,

LA CHAMBRE DE PREMIERE INSTANCE,

Statuant par défaut à l'égard de Madame A. et de la SPRL B.,

Déclare la demande du SECM recevable et fondée dans la mesure déterminée ci-après.

Dit pour droit que les éléments matériels constitutifs des griefs formulés à l'encontre de Madame A. sont établis pour tous les cas cités dans la note de synthèse du SECM (griefs 1 et 2).

Par conséquent, condamne solidairement Madame A. et la SPRL B. au remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé, soit la somme de 72.328, 13 €.

Constate, quant au premier grief, qu'un montant de 7.277, 54 € a déjà été remboursé.

Condamne dès lors solidairement Madame A. et la SPRL B. au remboursement du solde de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé, soit la somme de **65.050, 09 €**.

Condamne Madame A. au paiement d'une amende administrative égale à 2 x 250 €, multipliée par les décimes additionnels (x 5,5), soit la somme de **2.750 €**.

Dit que les sommes dont Madame A. et la SPRL B. sont redevables produisent de plein droit des intérêts au taux d'intérêt légal en matière sociale, à partir du premier jour ouvrable suivant la notification de la décision de la Chambre de première instance, le cachet de la poste faisant foi.

Dit que la présente décision est exécutoire de plein droit par provision nonobstant tout recours.

La présente décision est prise par la Chambre de première instance, composée de Monsieur Pascal HUBAIN, président suppléant, du Docteur Dominique VANDIEPENBEECK, du Docteur Chantal NEIRYNCK, de Madame Maryvonne LOMBARD et de Monsieur Johan CORIJN, membres, assistés de Monsieur Stéphane VERBOOMEN, greffier.

Et prononcé à l'audience du 17 septembre 2013, par Monsieur Pascal HUBAIN, président suppléant, assisté de Madame Caroline METENS.

Caroline METENS
Greffier

Pascal HUBAIN
Président