

DECISION DE LA CHAMBRE DE RECOURS DU 12 FEVRIER 2019  
FB-004-18

EN CAUSE DE : **Madame A.**  
Praticienne de l'art infirmier

**S.P.R.L. B.**

Parties appelantes au principal, parties intimées sur incident, représentées par Maître C., avocate.

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

Partie intimée au principal, partie appelante sur incident, représentée par le Docteur D., médecin-inspecteur directeur, et par Madame E., juriste.

## **1. PROCEDURE**

Le dossier de la Chambre de recours contient notamment les pièces suivantes :

- la requête et les pièces de Madame A. et de la SPRL B., entrées au greffe le 21 février 2018 ;
- la pièce complémentaire de Madame A. et de la SPRL B., entrée au greffe le 26 février 2018 ;
- les conclusions en réponse du SECM, entrées au greffe le 22 mai 2018 ;
- les conclusions d'appel de Madame A. et de la SPRL B., entrées au greffe le 16 août 2018 ;
- les convocations en prévision de l'audience du 7 février 2019.

Lors de l'audience du 7 février 2019, la Chambre de recours entend les parties.

## **2. OBJET DES APPELS - PRETENTIONS DES PARTIES**

Dans la requête, entrée au greffe le 21 février 2018, Madame A. et la SPRL B. interjettent appel de la décision du 18 janvier 2018 de la Chambre de première instance.

Dans ses conclusions en réponse, entrées au greffe le 22 mai 2018, le SECM forme un appel incident, dans la mesure où il sollicite la réformation de la décision du 18 janvier 2018 de la Chambre de première instance « *en ce qui concerne la restitution de sommes, réclamée à l'INAMI, le montant de 6.205,37 euros ayant été remboursé en date du 29 janvier 2018* ».

Madame A. et la B. demandent à la Chambre de recours de :

- réformer la décision de la Chambre de première instance (et pour autant que de besoin, la décision du Fonctionnaire-dirigeant) en ce qu'elle a jugé le grief n° 2 relatif à Mesdames F. et G. établi et en ce qu'elle a confirmé (à tout le moins en partie) les amendes fixées par le Fonctionnaire-dirigeant ;
- à titre principal :
  - dire pour droit que le grief n° 2 relatif à Mesdames F. et G. n'est pas établi et qu'il n'y a pas lieu à l'application d'amendes administratives ;
  - condamner l'INAMI à rembourser à Madame A. la somme de 8.977,22 euros et à la SPRL B. la somme de 14.931,52 euros, à majorer des intérêts de retard depuis le paiement et jusqu'au total remboursement ;
- à titre subsidiaire :
  - retenir l'existence d'une erreur invincible dans leur chef pour le cas de Madame F. et en conséquence dire qu'aucune amende administrative ne peut être appliquée pour ce grief ;
  - limiter les amendes administratives à 50 % pour les prestations non effectuées et à 5 % pour les prestations non conformes (hors cas de Madame F.) ;
  - appliquer ces amendes uniquement sur les prestations non remboursées volontairement après le constat dressé par le SECM ;
  - octroyer le sursis pour la totalité des amendes ;
  - condamner l'INAMI à leur rembourser les sommes indûment payées en exécution de la décision du Fonctionnaire-dirigeant, à majorer des intérêts de retard au taux social depuis le paiement et jusqu'au total remboursement ;

- à titre infiniment subsidiaire :
  - limiter les amendes administratives à 50 % pour les prestations non effectuées et à 5 % pour les prestations non conformes ;
  - appliquer ces amendes uniquement sur les prestations non remboursées volontairement après le constat dressé par le SECM ;
  - octroyer le sursis pour la totalité des amendes ;
  - condamner l'INAMI à leur rembourser les sommes indûment payées en exécution de la décision du Fonctionnaire-dirigeant, à majorer des intérêts de retard au taux social depuis le paiement et jusqu'au total remboursement.

Le SECM demande à la Chambre de recours de :

- déclarer le recours recevable et non fondé ;
- confirmer la décision de la Chambre de première instance du 18 janvier 2018, « *sauf en ce qui concerne la restitution de sommes, réclamées à l'INAMI, le montant de 6.205,37 euros ayant été remboursé en date du 29 janvier 2018* ».

### **3. FAITS ET ANTECEDENTS**

Il résulte des pièces du dossier que la situation factuelle et les antécédents de la procédure administrative se présentent comme suit.

Madame A. obtient son diplôme d'infirmière brevetée en 1991.

Elle constitue, en avril 2009, une société privée à responsabilité limitée, qui est dénommée B. et dont elle est la gérante.

A la suite d'une enquête menée par le SECM, des auditions ont lieu en septembre et octobre 2015 et des procès-verbaux de constat sont dressés le 8 octobre 2015 et le 5 novembre 2015.

Dans une note de synthèse, le SECM formule, envers Madame A., sept griefs, dont le premier est constitutif de l'infraction visée à l'article 73bis, 1°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 (avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer des documents réglementaires permettant le remboursement des prestations de santé lorsque les prestations n'ont pas été effectuées ou fournies) et les suivants sont constitutifs de l'infraction visée à l'article 73bis, 2°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 (avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer des documents réglementaires

permettant le remboursement des prestations de santé lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans la loi coordonnée le 14 juillet 1994, dans ses arrêtés et règlements d'exécution, dans les conventions et accords conclus en vertu de cette loi) :

- en ce qui concerne le grief n° 1 (prestations non effectuées), il s'agit de 400 prestations, pour 2 assurées, au cours de la période du 20 janvier 2014 au 30 juillet 2015, à concurrence d'un indu de 4.514,25 euros ;
- en ce qui concerne le grief n° 2 (prestations non conformes ; surévaluation des échelles de Katz), il s'agit de 827 prestations, pour 2 assurées, au cours de la période du 1er septembre 2013 au 31 mars 2015, à concurrence d'un indu (différentiel) de 12.590,84 euros ;
- en ce qui concerne le grief n° 3 (prestations non conformes ; toilettes incomplètes), il s'agit de 257 prestations, pour 1 assuré, au cours de la période du 20 janvier 2014 au 30 mars 2015, à concurrence d'un indu de 1.530,90 euros ;
- en ce qui concerne le grief n° 4 (prestations non conformes ; code d'alimentation parentérale alors qu'il s'agit d'alimentation entérale), il s'agit de 38 prestations, pour 1 assurée, au cours de la période du 18 janvier 2014 au 24 mars 2014, à concurrence d'un indu de 1.718,76 euros ;
- en ce qui concerne le grief n° 5 (prestations non conformes ; absence de rapport pour la consultation infirmière), il s'agit de 35 prestations, pour 35 assurés, au cours de la période du 30 novembre 2013 au 31 décembre 2014, à concurrence d'un indu de 869,40 euros ;
- en ce qui concerne le grief n° 6 (prestations non conformes ; dossier palliatif incomplet), il s'agit de 17 prestations, pour 1 assurée, au cours de la période du 2 janvier 2014 au 30 janvier 2014, à concurrence d'un indu (différentiel) de 454,04 euros ;
- en ce qui concerne le grief n° 7 (prestations non conformes ; interdiction de cumul entre les prestations 425375 et 423113), il s'agit de 23 prestations, pour 1 assurée, à concurrence d'un indu de 687,94 euros.

Par lettre recommandée du 2 août 2016, le SECM fait parvenir la note de synthèse à Madame A. et l'invite à faire parvenir ses moyens de défense.

Par lettre recommandée du 2 septembre 2016, le conseil de Madame A. précise que celle-ci a spontanément remboursé les sommes qui lui étaient réclamées pour les griefs n° 1 (en lien avec Madame H.), 3, 4, 6 et 7 et transmet ses moyens de défense en ce qui concerne les griefs n° 1 (en lien avec Madame I.), 2 (en lien avec Madame F. et Madame G.) et 5.

Dans une décision du 29 novembre 2016, le Fonctionnaire-dirigeant du SECM :

- déclare les griefs établis ;
- constate que la somme de 7.434,61 euros a été remboursée par Madame A. ;
- condamne solidairement Madame A. et la SPRL B. à rembourser le solde de la valeur des prestations indues s'élevant à la somme de 14.931,52 euros ;
- condamne Madame A., pour les prestations non effectuées, à payer une amende de 150 % du montant des prestations litigieuses (6.771,37 euros), dont 100 % en amende effective (soit 4.514,25 euros) et 50 % en amende assortie d'un sursis d'une durée de trois ans (soit 2.257,12 euros) ;
- condamne Madame A., pour les prestations non conformes, à payer une amende de 50 % du montant des prestations litigieuses (8.925,94 euros), dont 25 % en amende effective (soit 4.462,97 euros) et 25 % en amende assortie d'un sursis d'une durée de trois ans (soit 4.462,97 euros) ;
- dit qu'à défaut de paiement des sommes dues dans les trente jours de la notification de la décision, des intérêts au taux légal en matière sociale, tel que prévu à l'article 2, § 3, de la loi du 5 mai 1865 relative au prêt à intérêt, seront dus, de plein droit, à compter de l'expiration du délai précité.

Par courriers du 2 décembre 2016, cette décision est notifiée aux parties.

Par requête, entrée le 3 janvier 2017 au greffe de la Chambre de première instance, Madame A. et la SPRL B. forment un recours contre la décision du 29 novembre 2016.

Dans une décision du 18 janvier 2018, la Chambre de première instance :

- déclare le recours recevable et partiellement fondé ;
- estime que les griefs n° 1 (en lien avec Madame I.) et n° 5 ne sont pas établis ;
- confirme partiellement la décision du Fonctionnaire-dirigeant ;
- constate que la valeur des prestations indues s'élève à 20.025,45 euros (au lieu de 22.366,13 euros) et confirme que Madame A. et la SPRL B. étaient tenues au remboursement de cette somme ;
- dit pour droit qu'il y avait lieu d'infliger les amendes suivantes à Madame A. :
  - pour les prestations non effectuées, une amende de 100 % du montant des prestations litigieuses (3.042,97 euros) dont 50 % en amende effective (soit 1.521,48 euros) et 50 % en amende assortie d'un sursis de trois ans (soit 1.521,48 euros) ;

- pour les prestations non conformes, une amende de 50 % du montant des prestations litigieuses (8.041,24 euros) dont 25 % en amende effective (soit 4.020,62 euros) et 25 % en amende assortie d'un sursis de trois ans (soit 4.020,62 euros) ;
- o condamne l'INAMI à restituer à Madame A. et la SPRL B. les sommes versées en trop le 28 décembre 2016, à savoir 5.775,80 euros (2.340,68 euros + 3.435,12 euros), à majorer des intérêts au taux de l'intérêt légal en matière sociale depuis cette date.

Par courriers du 22 janvier 2018, cette décision est notifiée aux parties.

Par requête, entrée le 21 février 2018 au greffe de la Chambre de recours, Madame A. et la SPRL B. interjettent appel de la décision du 18 janvier 2018.

#### **4. POSITION DE LA CHAMBRE DE RECOURS**

##### **4.1. Recevabilité**

###### a) En droit

A peine d'irrecevabilité, un recours peut être introduit devant la Chambre de recours dans le mois, à compter de la notification de la décision de la Chambre de première instance, selon l'article 156, § 2, alinéa 1, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

A peine d'irrecevabilité, la requête est datée et signée par la partie requérante et elle contient certaines mentions afférentes à l'identification de la partie requérante, à l'objet du recours et à l'identification de la partie adverse, selon l'article 4 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.

Par ailleurs, les règles énoncées dans le Code judiciaire s'appliquent à toutes les procédures, sauf lorsque celles-ci sont régies par des dispositions légales non expressément abrogées ou par des principes de droit dont l'application n'est pas compatible avec celle des dispositions dudit Code, selon l'article 2 du Code judiciaire.

La partie intimée peut former incidemment appel à tout moment, contre toutes parties en cause devant le juge d'appel, même si elle a signifié le jugement sans réserve ou si elle y a acquiescé avant sa signification, selon l'article 1054, alinéa 1, du Code judiciaire, dans sa version en vigueur à l'époque où l'appel principal a été formé.

Cette disposition n'est toutefois pas applicable à la procédure administrative mise en place en matière de contrôle médical par les articles 139 et suivants de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

En effet, la faculté de former un recours contre une décision de la Chambre de première instance est expressément régie par l'article 156, § 2, alinéa 1, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 et par l'article 4 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.

Or, ces articles ne permettent pas de former un recours incident, par le biais de conclusions, après l'expiration du délai de recours.

b) En l'espèce

L'appel principal de Madame A. et de la SPRL B. est introduit dans le délai légal et respecte les modalités réglementaires.

Cet appel est recevable.

L'appel incident du SECM est introduit en date du 22 mai 2018, par le biais de conclusions.

Premièrement, cet appel est tardif, n'étant pas formé dans le mois de la notification de la décision de la Chambre de première instance, en violation de l'article 156, § 2, alinéa 1, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

Deuxièmement, cet appel n'est pas introduit par une requête, alors que cette forme est prescrite à peine d'irrecevabilité par l'article 4 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.

Dans ces conditions, l'appel incident du SECM est irrecevable.

## **4.2. Fondement**

a) En droit

I. Infractions

Il est interdit aux dispensateurs de soins et assimilés, de rédiger, faire rédiger, délivrer ou faire délivrer des documents réglementaires permettant le remboursement des prestations de santé lorsque les prestations n'ont pas été effectuées ou fournies ou lorsqu'elles ont été effectuées ou fournies durant une période d'interdiction temporaire ou

définitive d'exercice de la profession, selon l'article 73bis, 1°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

Il est interdit aux dispensateurs de soins et assimilés de rédiger, faire rédiger, délivrer ou faire délivrer les documents réglementaires permettant le remboursement des prestations de santé lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans la présente loi, dans ses arrêtés et règlements d'exécution, dans les conventions et accords conclus en vertu de cette même loi, selon l'article 73bis, 2°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

Les infractions visées dans la disposition précitée relèvent des infractions non intentionnelles, qui ne supposent pas un dol, et plus précisément des infractions réglementaires, qui ne requièrent aucun manque de vigilance, de prudence ou de précaution et qui sont punissables par le seul fait de la transgression d'une disposition légale ou réglementaire, à condition que ladite transgression soit commise librement et consciemment.

L'existence d'une cause de justification s'oppose à ce qu'une infraction réglementaire puisse être imputée à son auteur et, par conséquent, entraîner une sanction dans le chef de celui-ci.

L'erreur ou l'ignorance ne peuvent être retenues comme causes de justification que pour autant qu'elles soient invincibles, c'est-à-dire lorsqu'il peut se déduire des circonstances que l'auteur de l'infraction a agi comme l'aurait fait toute personne raisonnable et prudente<sup>1</sup>.

La complexité de la législation en vigueur ne peut toutefois être source d'une erreur invincible<sup>2</sup>.

De plus, un prestataire de soins a un devoir de vigilance et doit s'informer sur la manière d'attester et de prescrire les soins qu'il dispense<sup>3</sup>.

## II. Soins infirmiers - Echelle d'évaluation

L'article 8, § 1<sup>er</sup>, de la nomenclature des prestations de santé est consacré aux soins donnés par des infirmiers gradués ou assimilés, des accoucheuses, des infirmiers brevetés, des hospitaliers /assistants en soins hospitaliers ou assimilés.

Les honoraires forfaitaires par journée de soins pour des patients lourdement dépendants recèlent les codes suivants :

- code 425272 (prestations effectuées au cours d'une séance de soins infirmiers au domicile ou à la résidence du bénéficiaire) = honoraires forfaitaires, dits forfait A,

---

<sup>1</sup> Cass. (1<sup>er</sup> ch.), 16 septembre 2005, rôle n° C.040276.F, <http://jure.juridat.just.fgov.be>.

<sup>2</sup> C. HENNEAU et J. VERHAEGEN, *Droit pénal général*, Bruylant, Bruxelles, 1991, p. 338.

<sup>3</sup> C.E., arrêt n° 100.814, 14 novembre 2001, inédit.

accordés 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/ou le critère « aller à la toilette » (score 3 ou 4) ;

- code 425670 (prestations effectuées au cours d'une séance de soins infirmiers durant le week-end ou un jour férié au domicile ou à la résidence du bénéficiaire) = honoraires forfaitaires, dits forfait A, accordés 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/ou le critère « aller à la toilette » (score 3 ou 4) ;
- code 425294 (prestations effectuées au cours d'une séance de soins infirmiers au domicile ou à la résidence du bénéficiaire) = honoraires forfaitaires, dits forfait B, accordés 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), dépendance pour le critère « transfert et déplacements » et le critère « aller à la toilette » (score 3 ou 4) et dépendance pour le critère « continence » et/ou pour le critère « manger » (score 3 ou 4) ;
- code 425692 (prestations effectuées au cours d'une séance de soins infirmiers durant le week-end ou un jour férié au domicile ou à la résidence du bénéficiaire) = honoraires forfaitaires, dits forfait B, accordés 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), dépendance pour le critère « transfert et déplacements » et le critère « aller à la toilette » (score 3 ou 4) et dépendance pour le critère « continence » et/ou pour le critère « manger » (score 3 ou 4) ;
- code 425316 (prestations effectuées au cours d'une séance de soins infirmiers au domicile ou à la résidence du bénéficiaire) = honoraires forfaitaires, dits forfait C, accordés 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 » (score 4) et le critère « s'habiller » (score 4), dépendance pour le critère « transfert et déplacement » (score 4) et le critère « aller à la toilette » (score 4) et dépendance pour le critère « continence » et pour le critère « manger » (pour laquelle un des deux critères obtient un score de 4 et l'autre un score de minimum 3) ;
- code 425714 (prestations effectuées au cours d'une séance de soins infirmiers durant le week-end ou un jour férié au domicile ou à la résidence du bénéficiaire) = honoraires forfaitaires, dits forfait C, accordés 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 » (score 4) et le critère « s'habiller » (score 4), dépendance pour le critère « transfert et déplacements » (score 4) et le critère « aller à la toilette » (score 4) et dépendance pour le critère « continence » et pour le critère « manger » (pour laquelle un des deux critères obtient un score de 4 et l'autre un score de minimum 3).

Une échelle d'évaluation (Katz) permet de déterminer le degré de dépendance des patients ; elle consiste en un questionnaire évaluant leurs capacités, allant de l'absence complète d'aide à la nécessité d'une aide totale, dans six domaines de la vie quotidienne (« se laver », « s'habiller », « transfert et déplacements », « aller à la toilette », « continence » et « manger »).

Des directives sont établies par l'INAMI quant à l'utilisation de l'échelle d'évaluation, de manière à aider les prestataires à déterminer le score à attribuer pour chaque domaine, et sont publiées sur son site internet<sup>4</sup>.

Elles prévoient notamment que : « (...)

*Chaque critère doit être évalué en tenant compte des limitations quelle que soit leur origine (par exemple une affection cardiorespiratoire, une affection locomotrice, une affection psychique, etc.) et ce, indépendamment des soins dispensés.*

Se laver
----------

1. Est capable de se laver complètement sans aucune aide.

*Le patient est capable de se laver complètement sans aucune aide et sans aucune forme de surveillance ou de stimulation.*

2. A besoin d'une aide partielle pour se laver au-dessus ou en dessous de la ceinture.

*Il existe deux possibilités : a) Le patient a besoin d'une aide active pour se laver au-dessus ou en dessous de la ceinture, ou b) Le patient est capable de se laver au-dessus ou en dessous de la ceinture, moyennant une stimulation et sans la nécessité d'une surveillance et/ou d'une présence continue(s). La situation où seul le dos ou seuls les pieds sont lavés répond au score '2'.*

3. A besoin d'une aide partielle pour se laver tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture.

*Il existe deux possibilités : a) Chaque fois que le patient se lave, au-dessus et en dessous de la ceinture, il a besoin d'aide pour se laver au-dessus ou en dessous de la ceinture, ou b) Le patient est encore capable de se laver partiellement tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture, moyennant une stimulation individuelle continue (par exemple*

---

<sup>4</sup> Cf. [www.riziv.fgov.be](http://www.riziv.fgov.be).

vocale) et une surveillance active continue. La situation où seuls le dos et les pieds sont lavés répond au score '3'.

4. Doit être entièrement aidé pour se laver tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture.

Lorsqu'une tierce personne ne le fait pas, le patient n'est pas lavé.

### S'habiller

1. Est capable de s'habiller et de se déshabiller complètement sans aucune aide.

Le patient est capable de s'habiller et de se déshabiller complètement de sa propre initiative, sans aucune aide et sans aucune forme de surveillance ou de stimulation. Il s'agit de patients qui savent ce qu'ils doivent porter et qui changent à temps de vêtements. Le patient qui éprouve uniquement des difficultés pour nouer ses lacets appartient à cette catégorie.

2. A besoin d'une aide partielle pour s'habiller au-dessus ou en dessous de la ceinture (sans tenir compte des lacets).

Il existe deux possibilités : a) Le patient a besoin d'une aide partielle active pour s'habiller et/ou se déshabiller au-dessus ou en dessous de la ceinture (par exemple pour enfiler un corset, des bas à varices), ou b) Le patient est capable de s'habiller et/ou de se déshabiller au-dessus ou en dessous de la ceinture moyennant une stimulation (par exemple la préparation de ses vêtements) et sans la nécessité d'une surveillance continue et/ou d'une présence continue.

3. A besoin d'une aide partielle pour s'habiller tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture.

Il existe trois possibilités : a) Le patient a chaque fois besoin d'une aide active partielle pour s'habiller et/ou se déshabiller tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture, ou b) Le patient est encore capable de s'habiller et/ou de se déshabiller partiellement tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture, moyennant une stimulation individuelle continue (par exemple vocale) et une surveillance active continue, ou c) Le patient a besoin d'aide pour mettre l(es) orthèse(s) et/ou la (les) prothèse(s) indispensable(s) à son autonomie locomotrice (membres supérieurs et/ou membres inférieurs). Sans cette aide, le patient n'est pas capable de s'habiller décemment.

4. Doit être entièrement aidé pour s'habiller tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture.

La situation du patient a tellement évolué qu'il ne s'habille ou ne se déshabille plus du tout. Si personne ne l'aide à s'habiller, le patient porte les mêmes vêtements jour et nuit.

Transfert et déplacements
---------------------------

*Le critère «transfert» exprime tout changement de position (de la position couchée à la station debout, de la position assise à la station debout, de la position couchée à la position assise et vice versa). Le critère « déplacements » implique le fait d'aller d'un point à l'autre. Aucun moyen d'immobilisation ou de contention n'est pris en considération pour l'évaluation de ce critère.*

*1. Est autonome pour le transfert et se déplace de façon entièrement indépendante, sans auxiliaire(s) mécanique(s), ni aide de tiers.*

*Le patient est autonome pour le transfert et est capable de se déplacer sans aucune aide de tiers ou d'aide(s) mécanique(s), comme il l'a toujours fait.*

*2. Est autonome pour le transfert et ses déplacements moyennant l'utilisation d'auxiliaire(s) mécanique(s) (béquille(s), chaise roulante, ...).*

*Le patient est autonome pour le transfert, éventuellement à l'aide d'auxiliaire(s) mécanique(s). Pour se déplacer, le patient utilise lui-même des aides à la marche telles des béquilles, une tribune, une chaise roulante, etc. ou s'appuie sur les meubles ; cela nécessite, le cas échéant, l'aide occasionnelle d'un tiers.*

*3. A absolument besoin de l'aide de tiers pour au moins un des transferts et/ou ses déplacements.*

*Il existe deux possibilités : a) Le patient n'est jamais capable de se lever du lit le matin et/ou de se coucher le soir sans l'aide de tiers (de la position couchée à la station debout ou vice versa), et/ou le patient n'est jamais capable de se mettre debout ou de s'asseoir sans l'aide de tiers (de la position assise à la station debout ou vice versa), et/ou le patient n'est jamais capable de s'asseoir ou de se coucher sans l'aide de tiers (de la position couchée à la position assise et vice versa) et/ou b) Le patient a besoin de l'aide de tiers pour chaque déplacement.*

*4. Est grabataire ou en chaise roulante et dépend entièrement des autres pour se déplacer.*

*Le patient qui bénéficie d'une voiturette électronique remboursée et qui y séjourne la plus grande partie de la journée, tant pour les déplacements intérieurs qu'extérieurs, obtient un score 4. Il s'agit d'un patient qui présente des difficultés complètes, démontrées et définitives de déplacement. Il ne peut se tenir debout ou marcher. Un transfert autonome de la voiturette vers une chaise, le fauteuil ou le lit ou inversement est impossible sans l'aide d'une tierce personne.*

*Aller à la toilette*

*Ce critère exprime tant l'utilisation des WC que celle de la chaise percée placée à proximité immédiate du patient. Ce critère est chaque fois une combinaison de 3 items : se déplacer et s'habiller (baisser et relever le pantalon et éventuellement retirer et replacer du matériel d'incontinence) et s'essuyer.*

- 1. Est capable d'aller seul à la toilette, de s'habiller et de s'essuyer.*
- 2. A besoin de l'aide partielle de tiers pour se rendre aux toilettes ou s'habiller ou s'essuyer.*

*Le patient a besoin d'aide pour un des trois items : se déplacer ou s'habiller ou s'essuyer.*

- 3. Doit être entièrement aidé pour se rendre aux toilettes et/ou s'habiller et/ou s'essuyer.*

*Le patient a besoin d'aide pour deux des trois items : se déplacer et/ou s'habiller et/ou s'essuyer.*

- 4. Doit être entièrement aidé pour se rendre aux toilettes/chaise percée et s'habiller et s'essuyer.*

*Le patient a besoin d'aide pour les trois items : se déplacer et s'habiller et s'essuyer.*

*Continence*

*(...)*

- 1. Est continent pour les urines et les selles.*
- 2. Est accidentellement incontinent pour les urines ou les selles (sonde vésicale ou anus artificiel compris).*

*Il existe trois possibilités : a) Le patient présente occasionnellement, c'est-à-dire à des moments irréguliers du nycthémère, des pertes involontaires d'urine et/ou de fèces, comme une incontinence due au stress ou une incontinence d'effort. Une personne qui est exclusivement incontinente pour les urines pendant la nuit doit obtenir un score «2». Une personne qui est incontinente pour les urines pendant la nuit et occasionnellement incontinente pour les urines pendant la journée reçoit également un score "2", ou b) Le patient porte un anus artificiel ou une urostomie ou une sonde à demeure, ou c) Le patient réalise son autosondage.*

- 3. Est incontinent pour les urines (y compris exercices de miction) ou les selles.*

*Il existe deux possibilités : a) Le patient présente une perte involontaire d'urine ou de fèces de façon permanente ou le patient n'est continent que grâce à des exercices de*

*miction (minimum 4 fois par jour une aide à la toilette individualisée avec mention dans le plan de soins, dans le dossier infirmier ou le dossier de soins) ou cathétérisation par un tiers, ou b) Le patient présente en permanence un comportement inadapté lors de l'élimination de l'urine ou des fèces.*

*4. Est incontinent pour les urines et les selles.*

*Il existe deux possibilités : a) Le patient présente une perte involontaire d'urine et de fèces de façon permanente. Il est donc incontinent pour l'urine et les selles, ou b) Le patient présente en permanence un comportement inadapté lors de l'élimination de l'urine et des fèces.*

Manger
--------

*Est capable de manger et de boire seul*

*1. Le patient est capable de manger et de boire de manière autonome.*

*2. A besoin d'une aide préalable pour manger ou boire.*

*Il existe deux possibilités : a) Le patient a surtout besoin d'une aide préalable pour manger ou boire (par exemple tartiner, couper la viande, servir la boisson,...), ou b) Le patient est autonome pour manger et boire s'il dispose de moyens d'aide adaptés ou de l'aide occasionnelle de tiers ou moyennant une stimulation et sans la nécessité d'une surveillance et/ou d'une présence continue.*

*3. A besoin d'une aide partielle pendant qu'il mange ou boit.*

*Il existe deux possibilités : a) Le patient a besoin de l'aide partielle de tiers au moins pendant tout le repas principal, ou b) Le patient reçoit une stimulation (par exemple vocale) individualisée continue (une personne qui s'occupe de maximum 3 patients pour la prise du repas durant toute la durée de celui-ci) et une surveillance active continue lors de la prise de nourriture ou de boissons.*

*4. Le patient est totalement dépendant pour manger et boire.*

*Pour manger, le patient est totalement dépendant de tiers ou d'une technique de nutrition (alimentation par sonde, alimentation entérale ou parentérale,...). (...) ».*

### III. Réparation - Sanction

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 sont appliqués aux dispensateurs de soins et assimilés qui ne se conforment pas aux dispositions de l'article 73bis, 1<sup>o</sup>, selon l'article 142, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1, 1<sup>o</sup>, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 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 de la valeur des mêmes prestations sont appliqués aux dispensateurs de soins et assimilés qui ne se conforment pas aux dispositions de l'article 73bis, 2°, selon l'article 142, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1, 2°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

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, selon l'article 164, alinéa 2, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

Le fait que la valeur des prestations indûment attestées ait été remboursée n'empêche pas qu'une amende équivalente à un pourcentage de la valeur des mêmes prestations puisse être infligée au dispensateur de soins.

La Chambre de recours peut décider qu'il sera sursis, en tout ou en partie, à l'exécution des décisions infligeant les amendes, selon l'article 157, § 1, alinéa 1, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

L'octroi du sursis est par conséquent laissé à l'appréciation de la Chambre de recours.

Le sursis, d'une durée d'une à trois années, peut être accordé lorsque dans les trois ans précédant le prononcé, aucune amende administrative n'a été infligée et qu'aucun remboursement de prestations indues n'a été imposé à l'intéressé par une instance administrative ou juridictionnelle instituée au sein ou auprès de l'INAMI, selon l'article 157, § 1, alinéa 2, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

Les sommes dues sont payées dans les trente jours de la notification de la décision de la Chambre de recours ; à défaut de paiement dans ce délai, les sommes restant dues produisent, de plein droit, des intérêts au taux d'intérêt légal en matière sociale, tel que prévu à l'article 2, § 3, de la loi du 5 mai 1865 relative au prêt à intérêt, à compter de l'expiration de ce délai, selon l'article 156, § 1<sup>er</sup>, alinéa 2, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

#### IV. Intérêts

Dans les obligations qui se bornent au paiement d'une certaine somme, les dommages et intérêts résultant du retard dans l'exécution ne consistent jamais que dans les intérêts légaux, sauf les exceptions établies par la loi, selon l'article 1153, alinéa 1, du Code civil.

Ils sont dus à partir du jour de la sommation de payer, excepté dans le cas où la loi les fait courir de plein droit, selon l'article 1153, alinéa 3, du Code civil.

Le taux d'intérêt légal en matière sociale est fixé à 7 %, même si les dispositions sociales renvoient au taux d'intérêt légal en matière civile et pour autant qu'il n'y soit pas explicitement dérogé dans les dispositions sociales, selon l'article 2, § 3, alinéa 1, de la loi du 5 mai 1865 relative au prêt à intérêt.

Le taux d'intérêt légal en matière sociale, visé à l'article 2, § 3, de la loi du 5 mai 1865, s'applique, quel que soit le fondement de l'action en répétition, au remboursement par l'organisme percepteur de sommes qui lui ont été payées indûment à titre de cotisations de sécurité sociale<sup>5</sup>.

#### V. Exécution provisoire

Les décisions des Chambres de recours sont exécutoires de plein droit par provision, nonobstant tout recours, selon l'article 156, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

Dans le cas où le débiteur ne s'acquitte pas des sommes dues, les organismes assureurs en application de l'article 206bis, § 1<sup>er</sup>, ou l'Administration générale de la perception et du recouvrement en application de l'article 206bis, § 2, peuvent être chargés du recouvrement des montants dus, selon l'article 156, § 1<sup>er</sup>, alinéa 3, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

#### b) En l'espèce

Le grief n° 2 imputé par le SECM à Madame A. en ce qui concerne Madame F. réside en une surévaluation du niveau de dépendance de celle-ci, à la lumière de l'échelle de Katz, dans la mesure où un forfait B 425294 (semaine) et un forfait B 425692 (week-end) auraient dû être attestés au lieu du forfait C 425316 (semaine) et du forfait C 425714 (week-end), au cours de la période du 1<sup>er</sup> septembre 2013 au 31 mars 2015.

La Chambre de recours constate, de manière préliminaire, que, lors de son audition du 23 septembre 2015, Madame A. reconnaît qu'elle ignore les directives afférentes à l'utilisation de l'échelle de Katz (« *Q : Qui rédige les échelles de Katz ? R : c'est systématiquement moi. Mes collaboratrices sont d'accord avec le type de forfait A, B, C mais je ne leur communique pas la cotation précise. Q : Connaissez-vous les directives pour l'utilisation de l'échelle de Katz ? R : Non je ne l'ai pas. Vous me remettez 1 exemplaire de ces directives.* »<sup>6</sup>), ce qui n'est pas de nature à renforcer les scores attribués par l'intéressée.

Le critère « transfert et déplacements » reçoit par le SECM le score de « 3 » et par Madame A. le score de « 4 ».

---

<sup>5</sup> Cass. (3<sup>e</sup> ch.), 6 janvier 2014, rôle n° S.12.0067.F, www.terralaboris.be.

<sup>6</sup> Cf. page 5 du procès-verbal d'audition du 23 septembre 2015.

Il découle des éléments suivants que Madame F. ne dépend pas entièrement des autres pour se déplacer :

- lors de son audition en date du 23 septembre 2015, Madame A. fournit les précisions suivantes au sujet de Madame F. : « **Elle n'est pas grabataire** mais avec nous elle est toujours en chaise roulante du fauteuil jusqu'au lit. Quand elle marche avec son mari avec sa canne, elle a besoin de son mari pour marcher avec elle (...) **elle fait encore quelques pas** » {la Chambre de recours met en gras} ;
- lors de son audition en date du 4 septembre 2015, Monsieur J., époux de Madame F., déclare au sujet de celle-ci : « En journée, je l'accompagne pour la soutenir pour aller au WC : **Elle s'y rend en marchant avec 1 canne quadripode** » {la Chambre de recours met en gras}.

Il s'ensuit que le score de « 3 » est justifié pour le critère « transfert et déplacements ».

Pour ce motif, les forfaits B, plutôt que des forfaits C, devaient être appliqués.

De manière surabondante, alors que le critère « manger » est fixé tant par le SECM que par Madame A. à « 3 », le critère « continence » reçoit par le SECM le score de « 3 » et par Madame A. le score de « 4 ».

Au vu des éléments suivants, il n'est pas établi que Madame F. est incontinente pour les urines et les selles durant la période du 1<sup>er</sup> septembre 2013 au 31 mars 2015 :

- il est indiqué dans le dossier infirmier, en décembre 2013, que Madame F. « (...) doit être entièrement aidée pour se rendre aux toilettes (...) » et qu'elle « (...) **va bien à selles** (...) » {la Chambre de recours met en gras} ;
- lors de son audition du 23 septembre 2015, Madame A. fournit, pour le critère « incontinence », un score de « 3 » (« Q : Pour l'incontinence, il n'y a pas d'incontinence pour les urines et pour les selles ; uniquement pour les urines donc c'est un 3. R : je vais essayer de faire cette cotation correctement. Je vous remets cette cotation pour ce cas à annexer au présent. »<sup>7</sup>) ;
- lors de ses auditions ultérieures en date des 12 octobre 2015 et 27 octobre 2015, Madame A. ne prétend nullement que Madame F. présentait une incontinence des urines et des selles durant la période litigieuse et se limite à dire qu'elle était en état d'avoir un forfait C car elle avait continuellement besoin d'aide pour être mise du lit à la chaise<sup>8</sup>.

---

<sup>7</sup> Cf. page 7 du procès-verbal d'audition du 23 septembre 2015.

<sup>8</sup> Cf. page 3 du procès-verbal d'audition du 12 octobre 2015 et page 3 du procès-verbal d'audition du 27 octobre 2015.

Lors des auditions de Madame A. en date du 23 septembre 2015<sup>9</sup>, du 12 octobre 2015<sup>10</sup> et du 27 octobre 2015<sup>11</sup>, la teneur des articles 62 et 63 du Code pénal social lui a été communiquée, notamment :

- le fait que les déclarations de la personne interrogée peuvent être utilisées comme preuve en justice ;
- le fait que si la personne interrogée souhaite s'exprimer dans une autre langue que celle de la procédure, soit il est fait appel à un interprète assermenté, soit ses déclarations sont notées dans sa langue, soit il est demandé de noter elle-même sa déclaration ;
- le fait qu'à la fin de l'audition, le procès-verbal est donné en lecture à la personne interrogée, à moins que celle-ci ne demande que lecture lui en soit faite ;
- le fait qu'à la fin de l'audition, il est demandé à la personne interrogée si ses déclarations ne doivent pas être corrigées ou complétées.

Madame A. est dès lors malvenue d'invoquer le fait qu'elle ne maîtriserait pas parfaitement le français, ainsi que le fait qu'elle aurait été impressionnée lors de l'audition du 23 septembre 2015.

Par ailleurs, les déclarations faites par l'époux de Madame F., en date du 4 septembre 2015 (« *Elle a de l'incontinence : elle porte des protections car il y a parfois de l'incontinence sans qu'elle s'en rende compte. Ces accidents surviennent presque tous les jours.* ») et du 21 décembre 2015 (« *Elle est bien incontinente pour selles et urines (...)* »), ne sont pas probantes car ces déclarations, dans laquelle l'intéressé s'exprime au présent (et non pour le passé), interviennent respectivement plus de cinq mois et plus de huit mois après l'expiration de la période litigieuse.

La constatation qui précède est même renforcée par la dégradation de l'état de santé de Madame F., qui est mise en exergue tant par son époux en date du 21 décembre 2015 (« *Lors de l'audition, je parlais uniquement de la situation pour le mois d'août 2015. J'ai voulu essayer de tirer mon plan tout seul. J'ai assez rapidement constater que ce n'était pas possible et que l'état de ma femme se dégradait de jour en jour.* ») que par Madame A. elle-même (« *La patiente est décédée en août 2016, ce qui confirme la dégradation de son état* »<sup>12</sup>).

Les autres circonstances avancées par Madame A. (des mentions relatives à une incontinence d'urine et de fèces figurent dans le dossier infirmier de janvier 2013 à août 2013 ; des forfaits C ont été appliqués en juillet 2015 ainsi qu'à partir du 21 septembre

---

<sup>9</sup> Cf. pages 2 et 3 du procès-verbal d'audition du 23 septembre 2015.

<sup>10</sup> Cf. page 2 du procès-verbal d'audition du 12 octobre 2015.

<sup>11</sup> Cf. page 2 du procès-verbal d'audition du 27 octobre 2015.

<sup>12</sup> Cf. page 11 de ses conclusions d'appel.

2015 ; l'exactitude du forfait C avait été vérifié par la mutuelle en 2009) ne sont pas davantage probantes car ces éléments, outre le fait qu'ils ne changent rien au fait que l'intéressée ne connaissait pas les directives de l'INAM relatives à l'utilisation de l'échelle de Katz et n'a pas contesté l'attribution d'un score de 3 pour le critère « incontinence » lors de l'audition du 23 septembre 2015, se situent en dehors de la période litigieuse.

Il s'ensuit que le score de « 3 » est justifié pour le critère « continence ».

Pour ce motif également, les forfaits B, plutôt que des forfaits C, devaient être appliqués.

Il résulte de ce qui précède que le grief n° 2 relatif à Madame F. est établi.

Madame A. ne peut se prévaloir d'aucune erreur invincible, ne fût-ce que parce qu'elle n'a pas pris la peine de parcourir, comme l'aurait fait n'importe quel dispensateur de soins, les directives de l'INAMI relatives à l'utilisation de l'échelle de Katz.

Son argument relatif au fait qu'elle a cru « *pouvoir se fier à l'évaluation donnée, suite à un contrôle, par un organisme compétent (la mutuelle), responsable des remboursements et directement lié à l'INAMI* »<sup>13</sup> ne résiste pas à l'analyse, car, outre le fait que ladite évaluation datait de 2009, soit près de quatre ans avant le début de la période litigieuse, et le fait qu'une évaluation antérieure, quelle qu'elle soit, ne peut nullement lier, a fortiori dans une matière qui relève de l'ordre public, un dispensateur de soins dans ses évaluations ultérieures, il appartient à tout dispensateur de soins de vérifier de manière régulière - actuellement, tous les trois mois - le niveau de dépendance du patient.

Le grief n° 2 imputé par le SECM à Madame A. en ce qui concerne Madame G. réside en une surévaluation du niveau de dépendance de celle-ci, à la lumière de l'échelle de Katz, dans la mesure où un forfait A 425272 (semaine) et un forfait A 425670 (week-end) auraient dû être attestés au lieu du forfait B 425294 (semaine) et du forfait B 425692 (week-end), au cours de la période du 1<sup>er</sup> septembre 2013 au 31 mars 2015.

Le critère « aller à la toilette » est fixé par le SECM à « 1 » et par Madame A. à « 3 ».

Dès lors que les critères « s'habiller » et « transfert et déplacements » sont fixés par le SECM, lors de l'enquête, respectivement à « 4 » et « 3 », le score de « 3 », lequel suppose que le patient a besoin d'aide pour deux des trois items (se déplacer et/ou s'habiller et/ou s'essuyer), est justifié.

Le critère « manger » étant fixé tant par le SECM que par Madame A. à « 2 », c'est par conséquent le critère « continence » qui est décisif quant à l'application des forfaits A ou des forfaits B, selon qu'il reçoit un score de 2 (SECM) ou de 3 (Madame A.).

Au vu des éléments suivants, il est établi que Madame G. est incontinente, de manière permanente (et non pas accidentelle), pour les urines ou les selles durant la période du 1<sup>er</sup> septembre 2013 au 31 mars 2015 :

---

<sup>13</sup> Cf. page 17 de ses conclusions d'appel.

- le dossier infirmier comporte, durant la période du 1<sup>er</sup> septembre 2013 au 31 mars 2015, des mentions qui attestent d'une incontinence des urines et des selles dans le chef de Madame G.<sup>14</sup> ;
- si, lors de son audition du 3 septembre 2015, Madame G. a déclaré ne pas être incontinente, elle s'est rétractée ultérieurement, en précisant, de manière plausible, qu'elle avait éprouvé la crainte d'être placée dans un home.

Il s'ensuit que le score de « 3 » est justifié pour le critère « continence ».

Pour ce motif, les forfaits B, plutôt que des forfaits A, devaient être appliqués.

Il résulte de ce qui précède que le grief n° 2 relatif à Madame G. n'est pas établi.

Il y a donc lieu de dire que l'INAMI doit rembourser :

- la somme de 5.963,25 euros (correspondant aux prestations pour lesquelles le grief n° 2 relatif à Madame G. n'est pas établi) à la SPRL B. ;
- la somme de 1.490,81 euros (correspondant à l'amende effective de 25% du montant des prestations non conformes afférentes au grief n° 2 relatif à Madame G.) à Madame A. ;
- à majorer des intérêts de retard au taux légal en matière sociale, non pas depuis le paiement en date du 28 décembre 2016, comme sollicité par Madame A. et la SPRL B., mais depuis la mise en demeure intervenue le 3 janvier 2017, soit à la date de la réception au greffe (de la Chambre de première instance) du recours formé contre la décision du Fonctionnaire-dirigeant du 29 novembre 2016, et jusqu'à parfait paiement.

Par ailleurs, dans son appréciation des amendes administratives et du sursis, la Chambre de recours estime devoir tenir compte conjointement des éléments suivants :

- la gravité des infractions, eu égard à la violation de la législation afférente à l'assurance soins de santé, a fortiori dans le chef d'un acteur fondamental de la sécurité sociale, soit un dispensateur de soins ;
- le volume des sommes portées en compte de l'assurance soins de santé de manière irrégulière, vu que l'indu s'élève à la différence entre la somme de 20.025,45 euros, retenue par la Chambre de première instance dans la décision du 18 janvier 2018, et la somme de 5.963,25 euros, correspondant aux prestations pour lesquelles le grief n° 2 relatif à Madame G. n'est pas établi, soit à la somme de 14.062,20 euros ;

---

<sup>14</sup> Cf. sous-farde IV.2., entrée le 29 mai 2017 au greffe de la Chambre de première instance.

- l'ampleur de la période litigieuse, qui s'étend, en ce qui concerne les griefs établis, du 1<sup>er</sup> septembre 2013 au 30 juillet 2015 ;
- le nombre important de griefs - un grief de prestations non effectuées et cinq griefs de prestations non conformes - qui sont établis, totalement ou partiellement ;
- l'existence d'aveux pour les griefs n° 1 (en ce qui concerne Madame H.), 3, 4, 6 et 7 ;
- l'existence d'un remboursement volontaire ;
- l'absence d'antécédents dans le chef de Madame A.

Il en résulte que la Chambre de recours considère que des amendes respectives de 100 % du montant de la valeur des prestations indues pour les prestations non effectuées et de 50 % du montant de la valeur des prestations indues pour les prestations non conformes, moyennant un sursis qui porte sur 50 % des montants des amendes durant un délai d'épreuve de trois ans, constituent des sanctions proportionnées par rapport aux infractions et adéquates en fonction des éléments relevés ci-avant.

Une telle condamnation revient à infliger à Madame A. des amendes effectives qui correspondent respectivement à 50 % du montant de la valeur des prestations indues pour les prestations non effectuées et à 25 % du montant de la valeur des prestations indues pour les prestations non conformes, alors que les seuils maxima des amendes susceptibles d'être appliquées atteignent respectivement 200 % et 150 % du montant de la valeur des prestations indues.

Enfin, la ventilation de la somme totale de 14.062,20 euros à laquelle l'indu s'élève est la suivante :

- prestations non effectuées : 3.042,97 euros ;
- prestations non conformes : 16.982,48 euros (et non pas 16.082,48 euros, comme mentionné, à la suite d'une erreur, dans la décision de la Chambre de première instance du 18 janvier 2018) - 5.963,25 euros (correspondant aux prestations pour lesquelles le grief n° 2 relatif à Madame G. n'est pas établi) = 11.019,23 euros.

Dans ces conditions, l'appel principal est partiellement fondé.

La décision du 18 janvier 2018 doit être confirmée, en ce que la Chambre de première instance :

- déclare le recours partiellement fondé ;
- confirme partiellement la décision du Fonctionnaire-dirigeant ;

- confirme que Madame A. et la SPRL B. étaient tenues au remboursement de la valeur des prestations indues ;
- dit pour droit qu'il y avait lieu d'infliger les amendes suivantes à Madame A. :
  - pour les prestations non effectuées, une amende de 100 % du montant des prestations litigieuses (3.042,97 euros) dont 50 % en amende effective (soit 1.521,48 euros) et 50 % en amende assortie d'un sursis de trois ans (soit 1.521,48 euros) ;
  - pour les prestations non conformes, une amende de 50 % du montant des prestations litigieuses dont 25 % en amende effective et 25 % en amende assortie d'un sursis de trois ans.

La décision du 18 janvier 2018 doit être réformée, en ce que la Chambre de première instance :

- constate que la valeur des prestations indues s'élève à la somme de 20.025,45 euros (au lieu de 22.366,13 euros) ;
- dit pour droit qu'il y avait lieu d'infliger à Madame A., pour les prestations non conformes, une amende de 8.041,24 euros, dont 4.020,62 euros en amende effective et 4.020,62 euros en amende assortie d'un sursis de trois ans.

La Chambre de recours :

- constate que la valeur des prestations indues s'élève à la somme de 14.062,20 euros (pour les prestations non effectuées, 3.042,97 euros ; pour les prestations non conformes, 11.019,23 euros) ;
- dit pour droit qu'il y avait lieu d'infliger à Madame A., pour les prestations non conformes, une amende de 50 % du montant des prestations litigieuses (5.509,61 euros) dont 25 % en amende effective (soit 2.754,80 euros) et 25 % en amende assortie d'un sursis de trois ans (soit 2.754,80 euros).

La présente décision est exécutoire de plein droit par provision, nonobstant tout recours.

\*\*\*

**POUR CES MOTIFS,**

**LA CHAMBRE DE RECOURS,**

Dit que l'appel principal de Madame A. et de la SPRL B. est recevable et partiellement fondé.

Dit que l'appel incident du SECM est irrecevable.

Dit que le grief n° 2 relatif à Madame G. n'est pas établi.

Dit que l'INAMI doit rembourser :

- la somme de 5.963,25 euros (correspondant aux prestations pour lesquelles le grief n° 2 relatif à Madame G. n'est pas établi) à la SPRL B. ;
- la somme de 1.490,81 euros (correspondant à l'amende effective de 25% du montant des prestations non conformes afférentes au grief n° 2 relatif à Madame G.) à Madame A. ;
- à majorer des intérêts de retard au taux légal en matière sociale, depuis le 3 janvier 2017 et jusqu'à parfait paiement.

Confirme la décision du 18 janvier 2018, en ce que la Chambre de première instance :

- o déclare le recours partiellement fondé ;
- o confirme partiellement la décision du Fonctionnaire-dirigeant ;
- o confirme que Madame A. et la SPRL B. étaient tenues au remboursement de la valeur des prestations indues ;
- o dit pour droit qu'il y avait lieu d'infliger les amendes suivantes à Madame A. :
  - pour les prestations non effectuées, une amende de 100 % du montant des prestations litigieuses (3.042,97 euros) dont 50 % en amende effective (soit 1.521,48 euros) et 50 % en amende assortie d'un sursis de trois ans (soit 1.521,48 euros) ;
  - pour les prestations non conformes, une amende de 50 % du montant des prestations litigieuses dont 25 % en amende effective et 25 % en amende assortie d'un sursis de trois ans.

Réforme la décision du 18 janvier 2018, en ce que la Chambre de première instance :

- o constate que la valeur des prestations indues s'élève à la somme de 20.025,45 euros (au lieu de 22.366,13 euros) ;

- dit pour droit qu'il y avait lieu d'infliger à Madame A., pour les prestations non conformes, une amende de 8.041,24 euros, dont 4.020,62 euros en amende effective et 4.020,62 euros en amende assortie d'un sursis de trois ans.

Constate que la valeur des prestations indues s'élève à la somme de 14.062,20 euros (pour les prestations non effectuées, 3.042,97 euros ; pour les prestations non conformes, 11.019,23 euros).

Dit pour droit qu'il y avait lieu d'infliger à Madame A., pour les prestations non conformes, une amende de 50 % du montant des prestations litigieuses (5.509,61 euros) dont 25 % en amende effective (soit 2.754,80 euros) et 25 % en amende assortie d'un sursis de trois ans (soit 2.754,80 euros).

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

La présente décision est rendue, après délibération, par la Chambre de recours instituée auprès du Service d'évaluation et de contrôle médicaux, composée de:

Monsieur Christophe BEDORET, président, Monsieur Claude DECUYPER et Monsieur Meidhi DALLATURCA, membres présentés par les associations représentatives des praticiens de l'art infirmier, le Docteur Fabienne EVELETTE et le Docteur Marie-Anne RAIMONDI, membres présentés par les organismes assureurs.

La présente décision est prononcée à l'audience du 12 février 2019 par Monsieur Christophe BEDORET, président, assisté de Madame Anne-Marie SOMERS, greffier.

Anne-Marie SOMERS  
Greffier

Christophe BEDORET  
Président