

**DECISION DE LA CHAMBRE DE RECOURS DU 31/03/2020**

**Numéro de rôle FB-001-19**

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

Partie appelante, représentée par Maître B., avocat.

**S.P.R.L. C.**

Partie appelante, représentée par Maître D., avocat.

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

N°BCE : 0206.653.946

Partie intimée, représentée par le Docteur E., médecin-inspecteur, et par Madame F., juriste.

**1. PROCEDURE**

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

- la requête et les pièces (inventoriées et numérotées de 1. à 10.) de Madame A., entrées au greffe le 26 mars 2019 ;
- la requête et les pièces (inventoriées et numérotées de 1. à 10.) de la S.P.R.L. C., entrées au greffe le 26 mars 2019 ;
- les conclusions en réponse du SECM, entrées au greffe le 21 juin 2019 ;
- les conclusions principales de Madame A., entrées au greffe le 25 septembre 2019 ;
- les conclusions principales de la S.P.R.L. C., entrées au greffe le 25 septembre 2019 ;
- les pièces (non inventoriées ; numérotées de 1. à 11.) de Madame A. et de la S.P.R.L. C., entrées au greffe le 25 septembre 2019 ;
- les conclusions additionnelles et de synthèse du SECM, entrées au greffe le 27 septembre 2019 ;
- les convocations, en prévision de l'audience du 23 janvier 2020.

Lors de l'audience du 23 janvier 2020, la Chambre de recours entend les parties.

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

Dans une requête, entrée au greffe le 26 mars 2019, Madame A. interjette appel de la décision du 22 février 2019 de la Chambre de première instance (rôle général n° FA-001-18).

Dans une seconde requête, entrée au greffe le 26 mars 2019, la S.P.R.L. C. interjette également appel de la décision du 22 février 2019 de la Chambre de première instance (rôle général n° FA-001-18).

Madame A. et la S.P.R.L. C. demandent à la Chambre de recours de :

- avant dire droit :
  - constater la nullité de la déclaration de comparution du SECM ;
  - ordonner l'écartement des conclusions du SECM du 20 juin 2019 et de toutes conclusions ultérieures du SECM ;
  - dire que le SECM est forclos en ses demandes ou à tout le moins a perdu son intérêt à l'action ;
  - à titre subsidiaire, ordonner l'audition, lors d'une audience contradictoire, de tous les témoins auditionnés par le SECM ;
  
- au fond :
  - déclarer l'appel recevable et fondé ;
  - mettre à néant la décision de la Chambre de première instance du 22 février 2019 ;
  - statuant de nouveau, débouter le SECM de sa demande originale.

Le SECM demande à la Chambre de recours de confirmer la décision de la Chambre de première instance du 22 février 2019.

## **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 septembre 2008.

Elle constitue, en septembre 2011, une société privée à responsabilité limitée, qui est dénommée C. et dont elle devient la gérante, au même titre que Madame G.

A la suite d'une enquête menée par le SECM, des auditions ont lieu de juin 2015 à novembre 2015 et un procès-verbal de constat est dressé le 30 octobre 2015.

Dans une note de synthèse, constituée de 42 pages, le SECM formule, envers Madame A., un grief unique (« prestations non effectuées »), constitutif de l'infraction visée à l'article 73bis, 1<sup>o</sup>, 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).

Il est reproché à Madame A. d'avoir porté en compte à l'assurance soins de santé, via le système du tiers payant, 13.156 prestations non effectuées, qui relèvent de l'article 8, § 1<sup>er</sup>, de la nomenclature des prestations de santé, en ce qui concerne 25 assurés.

La période des prestations litigieuses s'étend du 1<sup>er</sup> septembre 2013 au 30 avril 2015, tandis que l'introduction aux organismes assureurs intervient du 31 octobre 2013 au 31 mai 2015.

Par requête, entrée le 19 janvier 2018 au greffe de la Chambre de première instance, le SECM entreprend une procédure administrative contre Madame A. et la S.P.R.L. C. (rôle général n° FA-001-18).

Dans une décision du 22 février 2019, la Chambre de première instance :

- déclare la demande du SECM recevable et partiellement fondée ;
- dit pour droit que le grief formulé dans la note de synthèse du SECM est établi ;
- condamne Madame A. et la S.P.R.L. C. au remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé, soit la somme de 125.442,64 euros ;
- donne acte aux parties de ce que Madame A. a déjà remboursé la somme de 9.780,97 euros ;
- condamne Madame A. au paiement d'une amende administrative s'élevant à 150 % du montant de la valeur des prestations indues pour le grief unique, soit la somme de 188.163,96 euros, mais dit toutefois qu'il sera sursis au paiement de cette amende à concurrence de 50 % de son montant pendant un délai d'épreuve de trois ans ;
- dit que les sommes dont Madame A. est redevable produiront des intérêts au taux légal en matière sociale à compter de l'expiration du délai de trente jours suivant la notification de la décision, le cachet de la poste faisant foi, à défaut de paiement dans ce délai ;
- dit que la décision est exécutoire par provision, nonobstant tout recours.

Par courriers du 26 février 2019, cette décision est notifiée aux parties.

Par requêtes, entrées le 26 mars 2019 au greffe de la Chambre de recours, Madame A. et la S.P.R.L. C. interjettent appel de la décision du 22 février 2019.

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

### **4.1. Déclaration de postulation**

#### a) En droit

La partie intimée communique ou dépose au greffe une déclaration de comparution dans les quinze jours de la notification de l'inscription de la cause au rôle de la Chambre de recours, selon l'article 4, § 1<sup>er</sup>, 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.

#### b) En l'espèce

Par courriers du 12 avril 2019, les requêtes d'appel de Madame A. et de la S.P.R.L. C. ont été notifiées par le greffe au SECM<sup>1</sup>.

En date du 12 avril 2019, le SECM a effectué une déclaration de postulation<sup>2</sup>.

Il s'ensuit que le SECM s'est régulièrement acquitté de son obligation de communiquer ou de déposer au greffe une déclaration de comparution, laquelle au demeurant, n'est de toute manière assortie d'aucune sanction.

La Chambre de recours rejette le moyen sur la base duquel Madame A. et de la S.P.R.L. C. soulèvent la nullité de la déclaration de comparution du SECM, l'écartement des conclusions de celui-ci, la forclusion de ses demandes et la perte de son intérêt à agir.

### **4.2. 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

---

<sup>1</sup> Cf. pièce 9bis du dossier de procédure.

<sup>2</sup> Cf. pièce 10 du dossier de procédure.

Chambres de première instance et des Chambres de recours instituées auprès du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI.

b) En l'espèce

Les appels de Madame A. et de la S.P.R.L. C. sont introduits dans le délai légal et respectent les modalités réglementaires.

Ces appels sont recevables.

#### **4.3. Délai raisonnable**

a) En droit

Toute personne a droit à ce que sa cause soit entendue équitablement, publiquement et dans un délai raisonnable, par un tribunal indépendant et impartial, établi par la loi, qui décidera, soit des contestations sur ses droits et obligations de caractère civil, soit du bien-fondé de toute accusation en matière pénale dirigée contre elle, selon l'article 6.1 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales.

Cette disposition européenne consacre le droit au procès équitable, lequel englobe le droit à être jugé dans un délai raisonnable, en ce compris en matière administrative.

La Cour de cassation a également reconnu, en matière pénale, le principe général du droit à un procès équitable<sup>3</sup>.

Le principe général du droit à un procès équitable prévaut également devant une juridiction administrative qui est notamment chargée d'apprécier si une infraction administrative est établie.

Le caractère raisonnable de la durée d'une procédure s'apprécie suivant les circonstances de la cause et eu égard aux critères consacrés par la jurisprudence de la Cour Européenne des Droits de l'Homme, tels la complexité de l'affaire, le comportement du requérant et celui des autorités compétentes ainsi que l'enjeu du litige pour les intéressés<sup>4</sup>.

Il incombe à la juridiction de jugement de décider s'il y a eu dépassement du délai raisonnable et, dans l'affirmative, de déterminer les conséquences pouvant résulter de ce dépassement, en ayant égard tant à la possibilité de déperdition des preuves par

---

<sup>3</sup> Cass., 15 décembre 2004, *J.T.*, 2005, p. 5. Cass., 7 novembre 2012, rôle n° P.12.1711.F, <http://jure.juridat.just.fgov.be>. M. PREUMONT, « Les principes généraux du droit en matière pénale », in *Au-delà de la loi ? Actualités et évolutions des principes généraux du droit*, (dir.) S. GILSON, Louvain-la-Neuve, Anthémis, 2006, p. 120.

<sup>4</sup> C.E.D.H., 1<sup>er</sup> juillet 2004, *J.L.M.B.*, 2004, p. 1304 ; C.E.D.H., 3 février 2009, n° 44807/06, <http://jure.juridat.just.fgov.be>.

l'écoulement d'un trop long laps de temps qu'aux répercussions pour la personne concernée ou son patrimoine<sup>5</sup>.

b) En l'espèce

Un délai de deux ans et trois mois s'est écoulé entre le procès-verbal de constat du 30 octobre 2015 et la requête introductive d'instance, entrée au greffe de la Chambre de première instance en date du 19 janvier 2018.

Par ailleurs, le dossier présente une certaine complexité, comme le révèle notamment le fait que la note de synthèse, jointe à la requête introductive d'instance précitée, comporte pas moins de 42 pages.

Il n'y a donc pas eu de dépassement du délai raisonnable.

Pour le surplus, lors de son audition du 4 novembre 2015, Madame A. a déclaré à plusieurs reprises qu'elle devait effectuer des vérifications, ce qui est demeuré sans suite ; elle est donc malvenue d'invoquer à présent le fait qu'elle serait confrontée à une déperdition de preuves.

La Chambre de recours rejette le moyen relatif à un dépassement du délai raisonnable.

#### **4.4. 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 73*bis*, 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 73*bis*, 2°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

---

<sup>5</sup> Cass., 22 octobre 1986, *Pas.*, 1987, I, p. 240, et les conclusions de Monsieur le Procureur général Krings, *J.T.*, 1987, p. 51, *J.L.M.B.*, 1987, p. 2, note P. DEFOURNY. Cass., 20 juin 2000, *Pas.*, I, 20000, p. 385.

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>6</sup>.

La complexité de la législation en vigueur ne peut toutefois être source d'une erreur invincible<sup>7</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>8</sup>.

## II. Soins infirmiers - Soins infirmiers - Echelle d'évaluation

L'article 8, § 1<sup>er</sup>, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant 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 séances de soins infirmiers recèlent les codes suivants :

- code 424351 (prestations effectuées au cours d'une séance de soins infirmiers au domicile ou à la résidence du bénéficiaire) = soins de plaie(s) complexes (prestation technique de soins infirmiers) ;
- code 424513 (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) = soins de plaie(s) complexes (prestation technique de soins infirmiers) ;
- code 425014 (prestations effectuées au cours d'une séance de soins infirmiers au domicile ou à la résidence du bénéficiaire) = première prestation de base de la journée de soins (prestation de base) ;

---

<sup>6</sup> Cass. (1<sup>er</sup> ch.), 16 septembre 2005, rôle n° C.040276.F, <http://jure.juridat.just.fgov.be>.

<sup>7</sup> C. HENNEAU et J. VERHAEGEN, *Droit pénal général*, Bruylant, Bruxelles, 1991, p. 338.

<sup>8</sup> C.E., arrêt n° 100.814, 14 novembre 2001, inédit.

- code 425412 (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) = première prestation de base de la journée de soins (prestation de base) ;
- code 425110 (prestations effectuées au cours d'une séance de soins infirmiers au domicile ou à la résidence du bénéficiaire) = soins d'hygiène (toilettes) (prestation technique de soins infirmiers) ;
- code 425515 (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) = soins d'hygiène (toilettes) (prestation technique de soins infirmiers).

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, 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 « se déplacer » 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 se déplacer » 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 « se déplacer » 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



« se déplacer » 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 « se déplacer » (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 « se déplacer » (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).

L'article 8, § 3, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé prévoit que les critères de dépendance physique précités sont évalués sur base d'une échelle d'évaluation reprise ci-après :  
« (...)

*Dépendance pour se laver :*

- (1) peut complètement se laver sans aucune aide;*
- (2) a besoin d'une aide partielle pour se laver sous la ceinture;*
- (3) a besoin d'une aide partielle pour se laver tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture;*
- (4) doit être entièrement aidé pour se laver tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture.*

*Dépendance pour s'habiller :*

- (1) peut complètement s'habiller et se déshabiller sans aucune aide;*
- (2) a besoin d'une aide partielle pour s'habiller sous la ceinture (sans tenir compte des lacets);*
- (3) a besoin d'une aide partielle pour s'habiller tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture;*
- (4) doit être entièrement aidé pour s'habiller tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture.*

*Dépendance pour se déplacer :*

*(1) peut se lever et se déplacer de façon entièrement indépendante, sans aide mécanique, ni aide de tiers;*

*(2) peut se lever de sa chaise ou de son lit de façon indépendante, mais utilise des auxiliaires mécaniques pour se déplacer de façon autonome (béquilles, chaise roulante);*

*(3) a absolument besoin de l'aide de tiers pour se lever et se déplacer;*

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

*Dépendance pour aller à la toilette :*

*(1) peut aller seul à la toilette ou s'essuyer;*

*(2) a besoin de l'aide partielle de tiers pour aller à la toilette ou s'essuyer;*

*(3) doit être entièrement aidé pour aller à la toilette ou s'essuyer;*

*(4) ne peut aller à la toilette ni sur une chaise percée.*

*Dépendance pour incontinence (urines/selles) :*

*(1) est continent pour les urines et les selles;*

*(2) est incontinent accidentellement pour les urines ou les selles (sonde vésicale ou anus artificiel compris);*

*(3) est incontinent pour les urines (y compris exercices de miction);*

*(4) est incontinent pour les urines et les selles.*

*Dépendance pour manger :*

*(1) peut manger et boire seul;*

*(2) a besoin d'une aide préalable pour manger ou boire;*

*(3) a besoin d'une aide partielle pendant qu'il mange ou boit;*

*(4) le patient est totalement dépendant pour manger et boire.(...)"*

Cette échelle d'évaluation (Katz), qui permet de déterminer le degré de dépendance physique des patients, consiste dès lors 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 », « se déplacer », « aller à la toilette », « incontinence » 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>9</sup>.

---

<sup>9</sup> Cf. [www.riziv.fgov.be](http://www.riziv.fgov.be).

Ces directives 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 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.*

#### *Se déplacer*

*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.*

#### Contenance

(...)

*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°, selon l'article 142, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1, 1°, 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.

#### 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.

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.

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>10</sup>.

#### **b) En l'espèce**

La Chambre de recours rejette les différents moyens développés par Madame A. et de la S.P.R.L. C., pour les motifs suivants.

#### Moyen relatif à la qualification de l'infraction

Le grief de « prestations non effectuées » formulé par le SECM envers Madame A. est constitutif de l'infraction visée à l'article 73bis, 1<sup>o</sup>, 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).

Il ne s'agit pas simplement de « *manquement administratif* » comme l'allèguent les parties appelantes.

---

<sup>10</sup> Cass. (3<sup>e</sup> ch.), 6 janvier 2014, rôle n° S.12.0067.F, [www.terralaboris.be](http://www.terralaboris.be).

Moyens relatifs à l'erreur manifeste d'appréciation et à l'absence d'infraction dans le chef de Madame A.

Il résulte du dossier, en particulier des déclarations des patients et des personnes de leur entourage recueillies au cours de l'enquête, lesquelles ont même pu être corroborées par les éléments contenus dans les dossiers infirmiers, par exemple dans le chef de l'assurée Madame H., que le grief de « prestations non effectuées » est établi dans le chef de Madame A.

La Chambre de recours souscrit à cet égard au raisonnement développé par la Chambre de première instance<sup>11</sup>.

Aucune erreur manifeste d'appréciation ne peut être retenue.

Dans la mesure où Madame A. considère « *qu'elle n'a pu omettre de remplir le livre de soins infirmiers ou de signaler l'arrêt des prescriptions, celle-ci n'effectuant des soins infirmiers auprès des patients que très exceptionnellement. Ces manquements sont imputables à certains des employés de la s.p.r.l. C.* », il lui est loisible de se retourner contre lesdits travailleurs.

Il n'en demeure pas moins qu'elle a endossé, vis-à-vis de l'assurance soins de santé, les prétendues prestations de ces travailleurs pour bénéficier de remboursements indus.

Madame A. n'a jamais contesté avoir perçu les sommes litigieuses, lesquelles découlent du fait que les prestations afférentes à celles-ci été portées en compte en son nom, à la suite de l'introduction d'attestations de soins rédigées par l'intéressée.

La perception des sommes litigieuses, consécutive à l'introduction d'attestations de soins, a pour effet que l'infraction est imputable à Madame A.

En revanche, la S.P.R.L. C. n'a commis aucune infraction.

L'argumentation reprise sous l'intitulé « concours d'infractions » n'est donc pas pertinente.

---

<sup>11</sup> Cf. pages 10 à 14 de la décision du 22 février 2019.



Moyens relatifs à un défaut de motivation formelle, à une atteinte au principe d'égalité des armes et à une atteinte au principe du contradictoire

Ces moyens ne sont pas fondés, pour diverses raisons.

Premièrement, les déclarations recueillies par le SECM dans le cadre de l'enquête, notamment tant celles des patients - dont l'âge et les pathologies n'empêchent nullement qu'un certain crédit soit accordé aux précisions qu'ils apportent - que celles de leur entourage, démontrent la matérialité des faits infractionnels, d'autant qu'elles sont parfois confortées par les éléments des dossiers infirmiers.

A titre exemplatif, la Chambre de recours relève notamment que :

- ✓ lors de son audition en date du 21 octobre 2015, le père de l'assurée Madame I. déclare, de manière expresse, que celle-ci n'a plus eu de soins depuis 2012, alors que 170 prestations ont encore été attestées pour des dates postérieures ;
- ✓ lors de son audition en date du 29 septembre 2015, l'assuré Monsieur J. déclare que « *l'infirmière vient 3 fois par semaine les lundis, mercredis et vendredis et jamais le week-end. C'est comme ça depuis le début* », alors que des prestations ont également été attestées les mardis, jeudis, samedis et dimanches ;
- ✓ lors de son audition en date du 1<sup>er</sup> juillet 2015, l'assurée Madame K. déclare, de manière circonstanciée, ne jamais avoir eu de toilette de la part d'une infirmière à sa maison, alors que 634 prestations sont attestées, et ce pour des dates non notées dans l'agenda ;
- ✓ lors de son audition en date du 3 août 2015, l'assurée Madame H. déclare, de manière circonstanciée, être sortie de l'hôpital le 19 octobre 2013 et avoir reçu des soins d'hygiène au maximum deux semaines, alors que des prestations sont attestées pour des dates postérieures au 3 novembre 2013 ;
- ✓ lors de son audition en date du 21 septembre 2015, l'assurée Madame L. déclare que « *L'année passée suite à un AVC j'ai eu besoin d'une infirmière pour faire ma toilette. (...) Elle vient tous les lundis, mercredis et vendredis. Elle ne vient jamais le week-end ni les autres jours. La situation est comme ça depuis le début des soins (juillet 2014). Je vous montre le carnet de soins. Vous constatez que l'infirmière note les soins et paraphe ceux-ci les lundis, mercredis et vendredis ...* », alors que des prestations ont également été attestées les mardis, jeudis, samedis et dimanches.

Dans ces conditions, il importe peu que des personnes, notamment des membres du personnel de la S.P.R.L. C. et des médecins traitants, n'aient pas été entendus.

De surcroît, la Chambre de recours estime qu'il ne lui est pas nécessaire, pour se forger une opinion, de procéder à des auditions dans le cadre de la présente instance.

Deuxièmement, les listes de données informatisées, authentifiées par les organismes assureurs, qui concernent aussi bien les prestations portées en compte que celles qui ont été remboursées par l'assurance soins de santé, font foi jusqu'à preuve du

contraire, conformément à l'article 138 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

Il est donc inutile d'ordonner la production des attestations de soins.

Troisièmement, dans le cadre de la procédure, tant devant la Chambre de première instance que devant la Chambre de recours, Madame A. et la S.P.R.L. C. ont eu accès à l'intégralité des pièces du dossier et ont eu l'occasion de se défendre valablement.

#### Moyen relatif au caractère continu de l'infraction et au principe de rétroactivité de la loi pénale la plus favorable

Aucune infraction n'a été constatée pour la période antérieure au 1<sup>er</sup> septembre 2013.

A cette date, à laquelle débute la période infractionnelle retenue par le SECM contre Madame A., l'article 169, alinéa 3, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, dispose que « *les infractions sont sanctionnées conformément au Code pénal social, à l'exception des infractions à charge des dispensateurs de soins et des personnes assimilées définis à l'article 2, n), visées et poursuivies conformément aux articles 73, 73bis, 138 à 140, 142 à 146bis, 150, 156, 157, 164 et 174* ».

Il convient donc de soumettre Madame A., en tant que dispensateur de soins qui ne se conforme pas aux dispositions de l'article 73bis, 1<sup>o</sup>, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, au régime de sanctions mis en place par l'article 142, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1, 1<sup>o</sup>, de la même loi, c'est-à-dire au remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé et à une amende administrative comprise entre 50 % et 200 % du montant du remboursement.

#### Moyen relatif à une atteinte à l'article 47bis du Code d'instruction criminelle

Dans sa version applicable durant les auditions, la disposition précitée lie le droit à l'assistance d'un avocat à la circonstance que les faits susceptibles d'être imputés à la personne auditionnée concernent une infraction dont la sanction peut donner lieu à la délivrance d'un mandat d'arrêt.

Les faits reprochés à Madame A. ne relevaient pas d'une infraction dont la sanction peut générer la délivrance d'un mandat d'arrêt.

Par ailleurs, les autres personnes n'ont pas été interrogées sur des infractions pouvant leur être imputées.

### Moyen relatif à la proportionnalité de la sanction administrative

Dans son appréciation de la sanction, la Chambre de recours estime devoir tenir compte conjointement des éléments suivants :

- la gravité de l'infraction, 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 très important des sommes portées en compte de l'assurance soins de santé de manière irrégulière, vu que l'indu s'élève à la somme de 125.442,64 euros ;
- l'ampleur de la période litigieuse, qui s'étend du 1<sup>er</sup> septembre 2013 au 30 avril 2015 ;
- l'existence d'un remboursement volontaire partiel ;
- l'absence d'antécédents dans le chef de Madame A.

Il en résulte que la Chambre de recours considère que l'amende de 150 % du montant de la valeur des prestations indues pour les prestations non effectuées, moyennant un sursis qui porte sur 50 % du montant de l'amende durant un délai d'épreuve de trois ans, constitue une sanction proportionnée par rapport à l'infraction et adéquate en fonction des éléments relevés ci-avant.

Une telle condamnation revient à infliger à Madame A. une amende effective qui correspond à 75 % du montant de la valeur des prestations indues pour les prestations non effectuées, ce qui représente un écart de 25 % par rapport au minimum légal et un écart de 125 % par rapport au maximum légal, en manière telle que le niveau de cette amende effective se rapproche du minimum légal.

La sanction administrative n'est donc nullement entachée d'un manque de proportionnalité.

### Conclusion

Les appels ne sont pas fondés.

La Chambre de recours confirme la décision de la Chambre de première instance du 22 février 2019 (rôle général n° FA-001-18).

### Observation

Les inspecteurs joignent au procès-verbal de constat une invitation à procéder volontairement au remboursement total du montant de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé, selon l'article 142, § 2, alinéa 4, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

Or, la Chambre de recours effectue le constat, sans que cela ait une quelconque influence dans son raisonnement qui précède et en particulier dans son appréciation de l'amende administrative et du sursis, de ce que le SECM a réclamé uniquement les intérêts que la loi fait courir de plein droit, tels qu'ils sont visés à 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, et s'est abstenu de solliciter des intérêts moratoires à partir de la mise en demeure faite au prestataire de soins de rembourser l'indu, en application de l'article 1153, alinéa 3, du Code civil.

Eu égard à cette situation, les intérêts n'ont commencé à courir qu'à l'expiration du délai de trente jours suivant la notification de la décision du 22 février 2019 de la Chambre de première instance.

#### **4.5. Exécution provisoire**

##### a) En droit

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 206*bis*, § 1<sup>er</sup>, ou l'Administration générale de la perception et du recouvrement en application de l'article 206*bis*, § 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

La présente décision est exécutoire de plein droit par provision.

\*\*\*

**POUR CES MOTIFS,**

**LA CHAMBRE DE RECOURS,**

Reçoit les appels.

Dit que les appels ne sont pas fondés.

Confirme la décision de la Chambre de première instance du 22 février 2019 (rôle général n° FA-001-18).

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

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, Madame Jacqueline ORBAN et Monsieur Claude DECUYPER, membres présentés par les associations représentatives des praticiens de l'art infirmier, le Docteur Isabelle HANOTIAU et le Docteur Marie-Anne RAIMONDI, membres présentés par les organismes assureurs.

La présente décision est prononcée à l'audience du 31 mars 2020 par Monsieur Christophe BEDORET, président, assisté de Madame Anne-Marie SOMERS, greffier.

Anne-Marie SOMERS  
Greffier

Christophe BEDORET  
Président