

CHAMBRE DE RECOURS
DECISION PRONONCEE LE 13 MARS 2018
Numéro de rôle FB-004-17

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

S.P.R.L. B.

Parties appelantes, représentées par le Docteur C.

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 Tervueren, 211 ;

Partie intimée, partie appelante, représentée par le Docteur D. et par
Madame E., juriste.

A.S.B.L. F.

Partie intimée, représentée par Maître G. substituant Maître H.

1. PROCEDURE

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

- le recours de Madame A. et de la S.P.R.L. B., entré au greffe les 8 et 9 mars 2017 ;
- les conclusions en réponse du SECM, entrées au greffe le 29 mai 2017 ;
- les conclusions en réponse et les pièces (inventoriées et numérotées de 1. à 3.) de l'A.S.B.L. F., entrées au greffe le 9 juin 2017 ;
- les convocations en prévision de l'audience du 8 février 2018.

Lors de l'audience du 8 février 2018, la Chambre de recours entend les parties.

2. OBJET DES APPELS - PRETENTIONS DES PARTIES

Dans des requêtes entrées au greffe les 8 et 9 mars 2017, Madame A. et la S.P.R.L. B. interjettent appel de la décision de la Chambre de première instance du 9 février 2017.

Dans les conclusions en réponse entrées au greffe le 29 mai 2017, le SECM interjette appel de la décision du 9 février 2017, en ce que la Chambre de première instance met hors cause l'A.S.B.L. F.

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

- les mettre hors cause ;
- appliquer l'article 2, n), de la loi ASSI à l'encontre de A.S.B.L. F. ;
- à titre subsidiaire, limiter l'application de l'article 164 de la loi ASSI à la seule A.S.B.L. F.

Le SECM sollicite la confirmation de la décision de la Chambre de première instance du 9 février 2017, sous l'émendation que A.S.B.L. F. soit condamnée solidairement avec Madame A. et la S.P.R.L. B. au remboursement de la valeur des prestations indûment versées par l'assurance soins de santé, soit la somme totale de 12.021,77 euros.

A.S.B.L. F. demande à la Chambre de recours de :

- déclarer l'appel de la S.P.R.L. B. irrecevable ;
- déclarer l'appel de Madame A. irrecevable en tant que dirigé contre l'A.S.B.L. F. ou à tout le moins non fondé ;
- confirmer la décision de la Chambre de première instance du 9 février 2017.

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. est diplômée le 12 septembre 2003.

A l'époque des faits litigieux, Madame A. travaille en tant qu'employée de la S.P.R.L. B. et conclut un contrat avec A.S.B.L. F. (*cf.* procès-verbal d'audition du 19 mars 2013).

Le président du conseil d'administration de A.S.B.L. F. est Monsieur I., infirmier.

C'est ce dernier qui signe les attestations relatives aux soins dispensés par Madame A., en vue de leur introduction auprès des organismes assureurs.

A la suite d'une enquête menée par le SECM, un procès-verbal de constat est dressé en date du 8 mai 2013.

Le SECM formule, envers Madame A., six griefs, lesquels sont constitutifs des infractions visées à l'article 73*bis*, 1° et 2°, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994.

D'après la note de synthèse dressée par le SECM, l'indu total s'élève à 12.021,77 euros et couvre les prestations introduites au remboursement entre le 13 juillet 2011 et le 31 octobre 2011.

Par décision du 22 septembre 2015, le Fonctionnaire-dirigeant :

- déclare les six griefs fondés ;
- condamne solidairement Madame A. et A.S.B.L. F. à rembourser la valeur des prestations indues s'élevant à la somme de 12.021,77 euros ;

- condamne Madame A. à payer, au titre du grief formulé à titre principal (grief n° 1), une amende administrative de 250 euros, à majorer de 45 décimes additionnels, soit 1.375 euros, dont la totalité est assortie d'un sursis de trois ans.

Par requête entrée au greffe le 16 octobre 2015, Madame A. et la S.P.R.L. B. forment un recours devant la Chambre de première instance.

Par requête entrée au greffe le 21 octobre 2015, A.S.B.L. F. forme un recours devant la Chambre de première instance.

Par décision du 9 février 2017, la Chambre de première instance :

- déclare la demande de Madame A. et de la S.P.R.L. B. recevable mais non fondée ;
- en conséquence, confirme la décision du Fonctionnaire-dirigeant du 22 septembre 2015 en ce qui concerne le premier grief formulé à titre principal, qui est établi dans le chef de Madame A., le remboursement de l'indu par Madame A. et la S.P.R.L. B. et la sanction ;
- déclare la demande de l'A.S.B.L. F. recevable et fondée ;
- dit pour droit que l'A.S.B.L. F. ne peut être tenue solidairement au remboursement des prestations indûment attestées par Madame A. ;
- par conséquent, condamne Madame A. et la S.P.R.L. B. à rembourser la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé, soit la somme de 12.021,77 euros ;
- condamne Madame A. à payer une amende administrative fixée à 250 euros (x 5,5), soit la somme de 1.375 euros ;
- dit toutefois qu'il sera sursis totalement au paiement de cette amende pendant un délai de trois ans ;
- dit que les sommes dont Madame A. et la S.P.R.L. B. sont redevables produiront des intérêts au taux légal à compter de l'expiration du délai de trente jours suivant la notification de la décision de la Chambre de première instance, à défaut de paiement dans ce délai ;
- dit que la décision est exécutoire de plein droit par provision nonobstant tout recours.

Les 8 et 9 mars 2017, Madame A. et la S.P.R.L. B. interjettent appel de cette décision.

Le 29 mai 2017, le SECM interjette également appel de cette décision, au moyen de ses conclusions en réponse.

4. POSITION DE LA CHAMBRE DE RECOURS

4.1. Recevabilité

a) En droit

I. Appel

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.

II. Indivisibilité

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.

Lorsque le litige est indivisible, l'appel doit être dirigé contre toutes les parties dont l'intérêt est opposé à celui de l'appelant, selon l'article 1053, alinéa 1, du Code judiciaire.

Le litige est indivisible lorsque l'exécution conjointe des décisions distinctes auxquelles il donnerait lieu serait matériellement impossible, selon l'article 31 du Code judiciaire.

Le critère de l'indivisibilité doit être recherché non pas dans la nature de la contestation mais dans son point d'aboutissement¹.

Ainsi que l'a indiqué la Cour de cassation², une condamnation solidaire de plusieurs parties à payer une somme d'argent ne rend pas matériellement impossible l'exécution conjointe de décisions distinctes auxquelles donnerait lieu le litige.

Il découle de l'article 1053, alinéa 1, du Code judiciaire, évoqué ci-dessus, que l'adversaire de l'appelant doit être intimé dans le délai d'appel³.

La qualité de partie intimée suppose que ladite partie fasse l'objet d'une prétention, autre qu'une demande en déclaration d'arrêt commun, de nature à porter atteinte à ses intérêts⁴.

Lorsque le litige est indivisible, l'appelant doit, en outre, dans les délais ordinaires de l'appel et au plus tard avant la clôture des débats, mettre en cause les autres parties non appelantes ni déjà intimées ou appelées, selon l'article 1053, alinéa 2, du Code judiciaire.

La mise à la cause d'un cointéressé ni appelant ni déjà intimé ou appelé ne peut être effectuée jusqu'à la clôture des débats, conformément à l'article 1053, alinéa 2, du Code judiciaire, que dans l'hypothèse où l'affaire est plaidée avant l'expiration du délai d'appel⁵.

¹ G. CLOSSET-MARCHAL et J.-F. VAN DROOGHENBROECK, *Les voies de recours en droit judiciaire privé*, Bruylant, 2009, p. 102.

² Cass. (1^{er} ch.), 17 novembre 2011, rôle n° C.10.0516.N, <http://juridat.just.fgov.be>.

³ G. DE LEVAL, « Les voies de recours ordinaire », in *Droit judiciaire - Manuel de procédure civile*, Bruxelles, Larcier, 2015, t. 2, p. 787.

⁴ Cass., 19 septembre 2003, *J.L.M.B.*, 2003, p. 1571. Cass. (1^{er} ch.), 6 novembre 2009, rôle n° C.08.0537.F, <http://juridat.just.fgov.be>. Cass. (2^{er} ch.), 19 juin 2013, rôle n° P.12.1282.F, <http://juridat.just.fgov.be>. Cass., 6 février 2014, *Pas.*, 2014, p. 375. G. DE LEVAL, *op. cit.*, p. 802.

⁵ G. DE LEVAL, *op. cit.*, p. 787.

Ces dispositions sont d'ordre public⁶.

La loi peut, selon les modalités qu'elle détermine, habiliter le Conseil d'Etat ou les juridictions administratives fédérales à statuer sur les effets civils de leurs décisions, selon l'article 144, alinéa 2, de la Constitution.

Tel est le cas pour la Chambre de première instance et la Chambre de recours, puisque, dans le cadre des contestations qui leur sont déférées, sont prévus, d'une part, le remboursement des prestations indûment portées en compte de l'assurance, selon l'article 142 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, d'autre part, un mécanisme de solidarité entre le dispensateur de soins et la personne morale qui perçoit les remboursements, selon l'article 164, alinéa 2, de la même loi.

Il est donc acquis que la Chambre de première instance et la Chambre de recours peuvent statuer sur certains effets civils de leurs décisions.

Il en découle que les règles afférentes à l'indivisibilité sont susceptibles d'être appliquées devant la Chambre de recours.

III. Appel incident

Comme exposé ci-avant, 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.

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.

⁶ Cass., 24 février 2005, *Pas.*, 2005, p. 448. C. trav. Mons (10^e ch.), 1^{er} décembre 2009, R.G. 21423, inédit. C. trav. Mons (10^e ch.), 17 avril 2012, R.R. 2011/AM/383, inédit.

b) En l'espèce

L'appel de Madame A. et de la S.P.R.L. B. est dirigé à la fois contre le SECM et contre l'A.S.B.L. F.

En ce qu'il est dirigé contre le SECM, l'appel de Madame A. et de la S.P.R.L. B. est introduit dans le délai légal et respecte les modalités réglementaires.

Dans ces conditions, il est recevable.

En ce qu'il est dirigé contre l'A.S.B.L. F., l'appel de Madame A. et de la S.P.R.L. B. est introduit dans le délai légal.

Cela étant, Madame A. et la S.P.R.L. B. n'établissent pas le caractère indivisible de la contestation, par rapport à l'A.S.B.L. F., dans la mesure où une condamnation solidaire de plusieurs parties à payer une somme d'argent ne rend pas matériellement impossible l'exécution conjointe de décisions distinctes auxquelles donnerait lieu le litige.

La présente contestation n'étant pas indivisible, c'est à tort que Madame A. et la S.P.R.L. B. ont dirigé leur appel contre A.S.B.L. F.

Cet appel n'est donc pas recevable.

L'appel du SECM est introduit en date du 29 mai 2017 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 du SECM est irrecevable.

4.2. Fondement

a) En droit

I. Infraction

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.

Sans préjudice d'éventuelles sanctions pénales et/ou disciplinaires, le remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé et/ou une amende administrative correspondant à un pourcentage 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 73*bis*, selon l'article 142, alinéa 1, 2°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

Aucun honoraire n'est dû lorsque la tenue du dossier infirmier est incomplète, selon l'article 8, § 3, 5°, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

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 qui ne s'est pas conformé aux dispositions légales ou réglementaires, selon l'article 164, alinéa 2, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

Ce mécanisme de remboursement solidaire peut être simultanément appliqué à différentes personnes physiques ou morales, pour autant qu'il soit établi, conformément au prescrit légal précité, que chacune d'entre elles a perçu, pour son propre compte, les prestations litigieuses.

Les sommes dues sont payées dans les trente jours de la notification des décisions visées à l'alinéa 1^{er}; 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^{er}, alinéa 2, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

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 et 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, alinéas 1 et 3, du Code civil.

Un procès-verbal de constat, assorti d'une invitation à rembourser un indu, des conclusions ou encore une requête introductive d'instance constituent des sommations de payer.

II. Dispensateurs de soins

L'article 2, n), de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, prévoit qu'on entend par "dispensateur de soins", les praticiens de l'art de guérir, les kinésithérapeutes, les praticiens de l'art infirmier, les auxiliaires paramédicaux, les aides-soignants, les établissements hospitaliers, les établissements de rééducation fonctionnelle et de réadaptation professionnelle et les autres services et institutions.

Cette disposition prévoit en outre que sont assimilées aux dispensateurs de soins, pour l'application des articles 53, § 1^{er}, § 1^{er}*bis* et § 1^{er}*ter*, 73*bis* et 142, les personnes physiques ou morales qui les emploient, qui organisent la dispensation des soins ou la perception des sommes dues par l'assurance soins de santé.

III. Attestations récapitulatives de soins

L'article 6, § 14, alinéas 1 à 3, du Règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, est, dans sa version en vigueur jusqu'au 1^{er} juillet 2013, libellé comme suit :

« Par sa signature au bas des attestations récapitulatives de soins reprises à l'annexe 28, le signataire, qui doit être soit un médecin, soit un dispensateur de soins appartenant à la profession dont relèvent les prestations attestées, certifie disposer de documents démontrant que les prestations ont été effectuées par le dispensateur de soins dont le nom figure en regard de chacune d'elles. Les documents en question sont à la disposition du Service de l'évaluation et de contrôle médicaux; ils porteront la signature du dispensateur de soins susvisé.

Par sa signature au bas de la facture récapitulative qui fait partie de la note d'hospitalisation reprise aux annexes 22, 23, 24 ou 25 le médecin en chef responsable certifie disposer de documents démontrant que les prestations ont été prescrites ou effectuées, aux dates mentionnées, conformément aux règles de l'assurance soins de santé, par les dispensateurs de soins dont le nom figure en regard de chacune d'elles. Les documents en question sont à la disposition du Service de l'évaluation et de contrôle médicaux; ils porteront la signature du dispensateur de soins susvisé.

Le procédé visé aux alinéas 1 et 2 ne peut être utilisé qu'à la condition qu'il existe, entre le signataire et chaque dispensateur de soins concerné, un mandat écrit aux termes duquel le dispensateur de soins (mandant) donne au signataire (mandataire), qui accepte, le pouvoir de porter en compte à l'assurance soins de santé, sous sa signature, les soins qu'il a effectués. ».

Il ne ressort ni du texte précité ni d'une quelconque autre source que l'article 6, § 14, alinéas 1 à 3, du Règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, est, dans sa version en vigueur jusqu'au 1^{er} juillet 2013, d'ordre public.

Certes, les conditions d'intervention de l'assurance soins de santé, au regard de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, sont d'ordre public et d'interprétation stricte⁷.

Dans la même perspective, le Conseil d'Etat a rappelé qu'il n'appartenait pas au prestataire de soins, de modifier la nomenclature, fût-ce sous couvert d'interprétation téléologique, de telles modifications ne pouvant être apportées que par les autorités compétentes et selon les procédures prévues par les dispositions législatives et réglementaires ayant pareil objet⁸.

Cela étant, l'article 6, § 14, alinéas 1 à 3, du Règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, dans sa version en vigueur jusqu'au 1^{er} juillet 2013, porte sur le mode de porter en compte à l'assurance soins de santé, des soins effectués, à travers des attestations récapitulatives de soins, et est distinct de la nomenclature des prestations de santé.

⁷ Cass., 28 décembre 1988, *J.T.T.*, 1989, p. 23. Cass., 24 avril 1989, *Pas.*, 1989, I, p. 877.

⁸ C.E., arrêt n° 130.202 du 9 avril 2004, inédit. C.E., arrêt n° 130.203 du 9 avril 2004, inédit. C.E., arrêt n° 130.204 du 9 avril 2004, inédit. C.E., arrêt n° 130.207 du 9 avril 2004, inédit. C.E., arrêt n° 130.208 du 9 avril 2004, inédit. C.E., arrêt n° 130.209 du 9 avril 2004, inédit.

En tout état de cause, plusieurs volets de la législation afférente à l'assurance soins de santé, telle l'action de l'organisme assureur en répétition de l'indu⁹, n'intéressent nullement l'ordre public.

Les sommes dues sont payées dans les trente jours de la notification des décisions visées à l'alinéa 1^{er}; 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^{er}, alinéa 2, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

b) En l'espèce

Madame A. et la S.P.R.L. B. formulent un premier moyen relatif à la violation de la présomption d'innocence, tiré du fait que la présidente de la Chambre de première instance aurait, à plusieurs reprises et avant le délibéré, émis une opinion défavorable à leur égard.

Les allégations de Madame A. et la S.P.R.L. B., qui ne sont corroborées par aucun élément, ne sont pas établies.

La Chambre de recours rejette le moyen relatif à la violation de la présomption d'innocence.

Il ressort du dossier que le grief articulé sur la tenue incomplète du dossier infirmier, en violation de l'article 8, § 3, 5°, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, est fondé à l'égard de Madame A.

Madame A. est donc coupable d'avoir commis une infraction, dès lors que les prestations portées en compte 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.

Alors que c'est Monsieur I., infirmier, qui signe, en son nom personnel et non en tant que représentant de A.S.B.L. F., en vue de leur introduction auprès des organismes assureurs, les attestations relatives aux soins dispensés par Madame A., il n'apparaît pas des pièces du dossier qu'il existe un mandat écrit entre Monsieur I. et Madame A. quant à ce.

L'absence de mandat écrit, nonobstant l'exigence posée par l'article 6, § 14, alinéa 3, du Règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, dans sa version en vigueur jusqu'au 1^{er} juillet 2013, ne peut toutefois avoir la moindre incidence ni quant à l'existence d'une infraction au regard des soins dispensés par un prestataire, ni quant à la récupération des sommes perçues indûment à la suite de cette infraction.

De manière surabondante, la Chambre de recours relève que l'article 6, § 14, alinéas 1 à 3, du Règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, dans sa version en vigueur

⁹ A. VERMOTE, « La prescription en droit de la sécurité sociale », *Orientations*, n° 8, octobre 2008, pp. 5 et 6.

jusqu'au 1^{er} juillet 2013, n'est pas d'ordre public, contrairement à ce que prétendent Madame A. et la S.P.R.L. B.

Aucun élément ne justifie que Madame A. et la S.P.R.L. B. soient mises hors cause et que, par ailleurs, l'article 2, n), de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, doive recevoir une application particulière, qui n'aurait pas été suivie dans le cas d'espèce.

L'amende imposée par la Chambre de première instance, par décision du 9 février 2017, est justifiée en son principe et proportionnelle au grief reproché à Madame A.

Il y a donc lieu de confirmer la décision du 9 février 2017, en ce qui concerne le volet « sanction ».

Le SECM expose que la valeur des prestations indûment portées en compte à l'assurance soins de santé par Madame A. s'élève à 12.021,77 euros, à majorer des intérêts.

La réclamation du SECM tendant au remboursement de l'indu est justifiée, au vu des éléments du dossier, notamment du procès-verbal de constat et de la note de synthèse, à l'égard de Madame A. et de la S.P.R.L. B.

Il y a donc lieu de confirmer la décision du 9 février 2017, en ce qui concerne le volet « remboursement de l'indu ».

Enfin, nonobstant ce que sollicitent Madame A. et de la S.P.R.L. B., il n'y a pas lieu de statuer, sur le fond, à l'égard de l'A.S.B.L. F., dans la mesure où les appels sont irrecevables en tant que dirigés contre cette partie.

Dans ces conditions, l'appel de Madame A. et de la S.P.R.L. B., en ce qu'il est dirigé contre le SECM, n'est pas fondé.

La Chambre de recours confirme la décision de la Chambre de première instance du 9 février 2017.

PAR CES MOTIFS,

LA CHAMBRE DE RECOURS,

Dit que l'appel de Madame A. et de la S.P.R.L. B., en ce qu'il est dirigé contre le SECM, est recevable.

Dit que l'appel de Madame A. et de la S.P.R.L. B., en ce qu'il est dirigé contre l'A.S.B.L. F., n'est pas recevable.

Dit que l'appel du SECM n'est pas recevable.

Dit que l'appel de Madame A. et de la S.P.R.L. B., en ce qu'il est dirigé contre le SECM, n'est pas fondé.

...

Confirme la décision de la Chambre de première instance du 9 février 2017.

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, membre présenté par les associations représentatives des praticiens de l'art infirmier,
Monsieur Meidhi DALLATURCA, membre présenté par les associations représentatives des praticiens de l'art infirmier,
Docteur Isabelle HANOTIAU, membre présenté par les organismes assureurs,
Docteur Axel LEVECQ, membre présenté par les organismes assureurs.

La présente décision est prononcée à l'audience du 13 mars 2018 par Monsieur Christophe BEDORET, président, assisté de Madame Anne-Marie SOMERS, greffier.

Anne-Marie SOMERS
Greffier

Christophe BEDORET
Président