

DECISION DE LA CHAMBRE DE RECOURS DU 30/06/2022

Numéro de rôle FB-003-21

EN CAUSE DE : Madame A.

Infirmiers brevetés + Infirmiers relais en matière de soins de plaie(s)

Et B. SPRL

Comparaissant en personne et assistées de Maître C., avocate ;

CONTRE :

SERVICE D'ÉVALUATION ET DE CONTRÔLE MÉDICAUX,
institué au sein de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité,
établi à 1210 Bruxelles, avenue Galilée 5/01,
N° BCE : 0206.653.946 ;

Représenté par le Docteur D., médecin-inspecteur-directeur, et par
Monsieur E., conseiller.

Exposé des faits - antécédents :

Madame A. est infirmière brevetée depuis septembre 2000. Elle est conventionnée depuis le 22 mai 2003. Elle est infirmière relais en soins de plaie. Elle travaille comme salariée à mi-temps à l'hôpital ... (actuellement ...).

Elle travaille à domicile l'autre moitié du temps, une semaine sur deux, en alternance avec Madame F., n° INAMI

Elle est également titulaire d'une seconde tournée, où elle fait travailler des salariés et où elle n'effectue que des remplacements en cas de congés ou maladies de son personnel.

Madame A. est gérante d'une SPRL depuis le 12/10/2009 : B. SPRL, n° BCE, dont le siège social se trouve

Elle est mandataire d'une seconde société depuis le 25/03/16 : G., N° BCE ..., dont le siège social se trouve ...

La SPRL B. emploie trois infirmières à domicile (Madame A., Madame H. depuis le 02/05/12 à raison de 20 heures/semaine, Madame I. depuis le 01/04/13 à raison de 20 heures/semaine).

Madame A. a demandé un numéro de groupement reçu par l'INAMI en date du 18/01/16 d'où la date de création du groupement au 01/01/16 :, avec deux infirmières qui effectuent des prestations pour le groupement (Madame H., n° INAMI et Madame I., n° INAMI).

La SPRL B. a également employé ponctuellement :

- Monsieur J., aide-soignant, sans numéro INAMI, le 23/06/16, du 25 au 27/06/16, le 30/06/16, du 02 au 03/07/16, le 05/07/16, du 18 au 19/07/16 ;

- Madame K., comme aide-soignante, 9 jours entre le 10/10/15 et le 31/12/15 : le 10/10, 11/10, 31/10, 1/11, 5/11, 6/11, 7/11, 8/11, 5/12, 6/12, 24/12, 25/12, 28/12, 29/12 et ensuite comme infirmière alors qu'elle ne disposait pas encore de numéro INAMI (numéro obtenu le 21/04/16) 4 jours du 26/03/2016 au 31/03/2016 et 20 jours entre le 01/04/16 et le 30/04/2016.

La société a également engagé en qualité d'aides-soignants via une agence intérim : L. SPRL :

- Monsieur J. le 01/08/16, 10/08/16, 13/08/16, 14/08/16, 15/08/16, 16/08/16, le 02/01/17 ;
- Madame K. le 26/06/15, 29/06/15, 01/07/15, 08/07/15 et 09/07/15.

Les prestations sont remboursées par les organismes assureurs sur le compte BE.....

Les prestations des aides-soignants ont été attestées au nom de Madame A. selon ses déclarations.

La SPRL G. emploie Madame K., n° INAMI Madame K. a son numéro INAMI depuis mai 2016. Elle n'est associée à aucun groupement.

Les prestations sont attestées avec le numéro INAMI de Madame K. et arrivent sur le compte BE.....

Concernant la facturation, Madame A. tarifie via le logiciel INFIPLUS de CORILUS depuis janvier 2016. Auparavant, elle passait par un secrétariat de tarification,

Toutes les attestations de soins de 2015 sont signées par Madame A. avec comme identification de l'institution de perception : B. SPRL.

Les récapitulatifs par mutuelle n'étaient pas signés par les employés pas plus que les échelles de Katz.

Les dossiers infirmiers sont des dossiers papiers laissés chez les patients.

Il ressort des tableaux exposés en pages 3 à 5 de la note de synthèse (E/.....) que Mme A. a facturé 10.419 prestations pour 123.131,02 euros (1er semestre 2016), 8.440 prestations pour 106.543,32 euros (2015), 7791 prestations pour 112.411,41 euros (2014), 5824 prestations pour 88.103,12 euros (2013), 9299 prestations pour 124.520,62 euros (2012) et 4535 prestations pour 54.373,77 euros (2011).

Mme A., travaillant à mi-temps à l'hôpital, a ainsi facturé 46.308 prestations sur 66 mois pour 609.083,26 euros.

Mme I. et Mme H., travaillant chacune 20h/semaine, ont facturé respectivement 19.728 prestations sur 66 mois pour 189.169,58 euros et 12.846 prestations sur 54 mois pour 146.021,75 euros.

Mme A. a été entendue les 13.03.2017, 28.03.2017 et 07.04.2017.

Un **procès-verbal de constat du 08.05.2017** a été notifié à Mme A. par recommandé du 15.07.2017.

Les griefs formulés portent à la fois sur des « prestations non effectuées » (griefs 1 à 5) et des « prestations non conformes » (griefs 6 à 17).

La valeur des prestations indûment portées en compte à l'assurance soins de santé était fixé à 58.771,78 euros.

Par **requête du 8 juillet 2019**, le SECM saisissait la Chambre de 1ère instance, il était demandé à cette dernière de :

- Déclarer établis les griefs formulés pour tous les cas cités dans la note de synthèse;
- Condamner solidairement Madame A. et la SPRL B. au remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé, soit la somme de 58.771,78 euros (article 142, §1er, 1° et 2°, de la loi SSI) ;
- Constaté qu'un montant de 7.000 euros a déjà été remboursé par la SPRL B. ;
- Condamner Madame A. au paiement d'une amende administrative s'élevant à 150% du montant de la valeur des prestations non effectuées, dont un tiers assorti d'un sursis d'une durée de trois ans, soit une amende effective de 7.785,15 euros ;
- Condamner Madame A. au paiement d'une amende administrative s'élevant à 100% du montant de la valeur des prestations indues, non conformes, dont la moitié assortie d'un sursis d'une durée de trois ans, soit une amende effective de 25.493,31 euros (article 142, §1er, 2° de la loi SSI) ;
- Dire qu'à défaut de paiement des sommes dues par Madame A. et la SPRL B., dans les 30 jours de la notification de la décision de la Chambre de première instance, des intérêts au taux légal en matière sociale, tel que prévu à l'article 156, §1er de la loi ASSI, seront dus de plein droit, à compter de l'expiration du délai précité.

Par **décision du 18 juin 2021**, la Chambre de 1ère instance :

- Déclare la demande du SECM à l'égard de Madame A. recevable et fondée dans la mesure déterminée ci-après ;
- Dit pour droit que les éléments matériels constitutifs des infractions à l'article 73bis, 1° et 2° de la loi ASSI sont établis dans le chef de Madame A. :

En conséquence:

- Déclare établis les griefs formulés pour tous les cas cités dans la note de synthèse ;
- Condamne solidairement Madame A. et la SPRL B. au remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé, soit la somme de 58.771,78 € (article 142, §1er, 1° et 2°, de la loi SSI) ;
- Constate que la somme de 13.000 € a été remboursée au 22 avril 2021 ;
- Condamne Madame A. au paiement d'une amende administrative s'élevant à 150 % du montant de la valeur des prestations non effectuées, assortie d'un sursis de trois ans pour un tiers de celle-ci, soit une amende effective de 7.785,15 € (article 142, §1er, 1° de la loi SSI) ;
- Condamne Madame A. au paiement d'une amende administrative s'élevant à 100 % du montant de la valeur des prestations non conformes, dont la moitié

assortie d'un sursis de trois ans, soit une amende effective de 25.493,31 € (article 142, §1er, 2° de la loi SSI) ;

- Dit qu'à défaut de paiement des sommes dues par Madame A. et la SPRL B. dans les 30 jours de la notification de la décision de la Chambre de première instance, des intérêts au taux légal en matière sociale, tel que prévu à l'article 156, §1er de la loi SSI, seront dus, de plein droit, à compter de l'expiration du délai précité ».

Mme A. et la SPRL B. firent appel de cette décision par **requête du 14.07.2021**.

Recevabilité de l'appel :

L'appel, régulier dans la forme et dans le temps est recevable, sa recevabilité n'étant d'ailleurs pas contestée.

Discussion :

- 1) Recevabilité de la requête du 08.07.2019 du SECM - validité du procès-verbal de constat du 08.05.2017 :

Mme A. et la SPRL B. soutiennent que la requête introduite par le SECM auprès de la Chambre de 1ère instance aurait dû être déclarée irrecevable au motif que le procès-verbal de constat du 08.05.2017 ne mentionne pas le lieu de sa rédaction.

1.1) Régularité des moyens de preuve – Principes :

Dans un arrêt *Antigone* du 14 octobre 2003, prononcé en matière pénale, la Cour de cassation dispose que la circonstance qu'un élément de preuve a été obtenu irrégulièrement a, en règle, uniquement pour conséquence, que le juge, lorsqu'il forme sa conviction, ne peut le prendre en considération ni directement ni indirectement soit lorsque le respect de conditions de forme est prescrit à peine de nullité, soit lorsque l'irrégularité commise a entaché la fiabilité de la preuve, soit lorsque l'usage de la preuve est contraire au droit à un procès équitable (Cass. 14 octobre 2003, rôle n° P.03.0762.N, <http://jure.juridat.jusUgov.be>).

Dans un arrêt *Lee Davies* du 28 juillet 2009, rendu dans le cadre d'un recours consécutif à un arrêt de la Cour de cassation du 16 novembre 2004, la Cour européenne des droits de l'homme considère que la jurisprudence *Antigone*, qui s'écarte du principe du rejet automatique des preuves obtenues irrégulièrement, n'est pas en porte-à-faux avec l'article 6 de la Convention européenne des droits de l'homme et des libertés fondamentales" (C.E.D.H., *Lee Davies c. Belgique*, 28 juillet 2009, n° 18704/05, <http://www.echr.coe.int>).

Dans un arrêt *Manon* du 2 mars 2005, prononcé en matière pénale mais dans un contexte de relation de travail, la Cour de cassation relève également que :

- Lorsque l'omission dénoncée n'est pas sanctionnée de nullité par la loi, c'est au juge qu'il appartient d'apprécier les conséquences, sur la recevabilité des moyens de preuve produits aux débats, de l'irrégularité ayant entaché leur obtention ;
- Lorsque l'irrégularité commise ne compromet pas le droit à un procès équitable, n'entache pas la fiabilité de la preuve et ne méconnaît pas une forme prescrite à peine de nullité, le juge peut, pour décider qu'il y a lieu d'admettre des éléments irrégulièrement

produits, prendre en considération, notamment, la circonstance que l'illicéité commise est sans commune mesure avec la gravité de l'infraction dont l'acte irrégulier a permis la constatation, ou que cette irrégularité est sans incidence sur le droit ou la liberté protégés par la norme transgressée (Cass (2e ch.), 2 mars 2005, *Chr.D.S.*, 2006, p. 10).

L'article 32 du titre préliminaire du Code de procédure pénale, tel qu'inséré par la loi du 24 octobre 2013, est venu consacrer, en matière pénale, la jurisprudence *Antigone* :

« *La nullité d'un élément de preuve obtenu irrégulièrement n'est décidée que si : - le respect des conditions formelles concernées est prescrit à peine de nullité, ou : - l'irrégularité commise a entaché la fiabilité de la preuve, ou : - l'usage de la preuve est contraire au droit à un procès équitable.* ».

Cette disposition est applicable aux procès en cours (H. FUNCK, "L'irrégularité touchant à l'organisation des cours et tribunaux n'est plus automatiquement une cause de nullité en matière pénale », *Chr.D.S.*, 2013, p. 401).

1.2) Application au cas d'espèce :

En vertu de l'article 3 de l'arrêté royal du 09.05.2008 « *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* », les Chambres de première instance et les Chambres de recours sont saisies des contestations visées à l'article 144, §§ 2 et 3 de la loi coordonnée par une requête envoyée par pli recommandé à la poste ou déposée au greffe contre récépissé, à l'attention du président.

Conformément à l'article 4 du même arrêté royal :

« *A peine d'irrecevabilité, la requête est datée et signée par la partie requérante et elle contient les mentions suivantes :*

- 1° les nom, prénom, catégorie professionnelle, domicile de la partie requérante;*
- 2° l'objet de la demande ou du recours et l'indication des faits et des moyens;*
- 3° les nom, prénom, profession et domicile de la partie adverse (...)* ».

L'article 64 du Code pénal social stipule quant à lui :

« *Tout procès-verbal constatant une infraction aux dispositions du présent Code contient au moins les données suivantes :*

- 1° l'identité du fonctionnaire verbalisant ;*
 - 2° la disposition en vertu de laquelle le fonctionnaire verbalisant est compétent pour agir ;*
 - 3° le lieu et la date de l'infraction ;*
 - 4° l'identité de l'auteur présumé et des personnes intéressées ;*
 - 5° la disposition légale violée ;*
 - 6° un exposé succinct des faits en rapport avec les infractions commises ;*
 - 7° les date et lieu de rédaction du procès-verbal, le lien éventuel avec d'autres procès-verbaux, et, le cas échéant, l'inventaire des annexes.*
- Le Roi peut établir des règles générales de forme applicables aux procès-verbaux de constatation d'une infraction. »*

Aucune des dispositions ne précise que la mention du lieu de la rédaction du procès-verbal de constat serait prévue à peine de nullité.

Il n'apparaît pas non plus que cette irrégularité aurait entaché la fiabilité de la preuve ou que l'usage de celle-ci serait contraire au droit à un procès équitable.

Les appelantes n'invoquent aucun grief concret à cet égard et ne contestent pas que la copie dudit procès-verbal leur a été transmise dans les délais légaux.

Par ailleurs il ressort que les mentions reprises sur ledit procès-verbal permettent d'identifier le lieu de sa rédaction :

- Le procès-verbal commence par : « *Nous, M., infirmier-contrôleur près le Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, ayant notre résidence administrative à Liège et ayant pour mission de veiller à l'application des dispositions légales et réglementaires concernant l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, constatons...* » ;
- l'entête du papier utilisé mentionne : « *SERVICE D'ÉVALUATION ET DE CONTRÔLE MÉDICAUX Province de Liège* »
- en bas de page, est mentionnée l'adresse du service:« Rue Fabry 25 4000 – Liège ».

Ce moyen est donc non fondé.

2) Éléments matériels constitutifs de l'infraction :

2.1) Remboursement de l'indu :

En application de l'article 142, §1, 2° de la loi coordonnée le 14.07.1994 (pour les faits commis à partir du 15.05.2007), le dispensateur de soins qui porte en compte à l'assurance soins de santé des prestations non conformes ou non effectuées est sujet au remboursement de la valeur des prestations concernées.

Il suffit que les éléments matériels constitutifs d'une infraction "réalité" ou "conformité" basée sur l'article 73bis de la loi coordonnée le 14.07.1994 soient établis pour entraîner une obligation de remboursement de l'indu sans qu'aucun élément moral ne soit requis.

L'existence d'une éventuelle cause de justification (contrainte, erreur, force majeure, etc.) ne fait pas disparaître l'obligation de remboursement de l'indu et ne peut avoir d'incidence, le cas échéant, que par rapport à une éventuelle amende administrative.

Lorsque des prestations sont portées en compte de l'assurance soins de santé en violation de l'arrêté royal du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, un remboursement de la valeur des prestations s'impose d'autant plus que les conditions d'intervention de l'assurance soins de santé sont d'ordre public et d'interprétation stricte.

En mettant à charge du dispensateur de soins, qui a par sa faute ou par sa négligence occasionné un paiement indu, l'obligation de rembourser à l'organisme assureur les sommes indûment payées, le législateur a répondu à la nécessité de protéger l'assurance maladie-invalidité, plus précisément les deniers publics, contre ceux qui pourraient obérer ceux-ci par leur négligence ou par des abus, au moyen d'un système de contrôle qui ne peut être efficace sans une certaine rigidité.

L'obligation qui est ainsi mise à charge du dispensateur de soins ne s'écarte pas fondamentalement du droit commun. En effet, le droit commun entraîne lui aussi des

conséquences sévères pour celui qui a reçu un paiement dont il ignorait le caractère indu ou qui a causé par sa faute légère un dommage important.

L'étendue de l'obligation à charge du prestataire de soins ne diffère ni de l'étendue de l'obligation de restitution lorsqu'il y a répétition d'indu, celle-ci couvrant l'intégralité de l'indu, ni de l'étendue de l'obligation de réparation en cas de responsabilité civile, laquelle couvre, également, l'intégralité du dommage subi (arrêt CA n°185/06 du 29.11.2006).

Enfin la jurisprudence vantée par Mme A. est étrangère au cas d'espèce s'agissant d'une demande formée par des organismes assureurs sur pied non pas d'un paiement indu mais sur base de l'article 1382 de l'ancien Code civil (Mons, 21.10.2021, 15^{ème} ch., RG 19/IC/10, inédit).

Un paiement indu ne suppose en effet que la réunion de deux conditions à savoir un paiement d'une part et un indu d'autre part, c'est-à-dire une absence de dette entre le *solvens* et l'*accipiens*.

Ces conditions sont bien réunies en l'espèce.

2.2) Solidarité :

Par ailleurs lorsque les prestations ont été perçues pour son propre compte par une personne physique ou morale, celle-ci est tenue solidairement au remboursement avec le dispensateur de soins en vertu de l'article 164 al. 2 de la loi coordonnée du 14.07.1994.

A cet égard il convient de rappeler que l'article 2, n) de la loi ASSI définit la notion de « dispensateur de soins » comme étant 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.

Sont assimilées aux dispensateurs de soins pour l'application des articles 53, § 1^{er}, § 1^{er} bis et § 1^{er} ter, 73bis 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.

Enfin le Conseil d'Etat a rappelé qu'il n'appartenait pas au prestataire de soins, fût-ce sous couvert d'interprétation téléologique, de modifier la nomenclature, 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 objet (C.E., arrêt n° 130.202 du 9 avril 2004, inédit).

Le non-respect de la nomenclature des prestations de soins de santé contraint dès lors le prestataire de soins à rembourser le montant des prestations indûment portées en compte de l'assurance soins de santé.

3) Examen des griefs :

3.1) Griefs non contestés – Prestations non effectuées :

Les appelantes ne contestent pas les griefs 1, 3, 4 et 5 (voir point 52, p. 26 de la requête d'appel).

Les montants indus s'élèvent à :

Grief 1 : 3.823,22 €
 Grief 3 : 553,18 €
 Grief 4 : 48,60 €
 Grief 5 : 1.183,05 €
 Total : **5.608,05€**

3.2) Grief 2 : prestations non effectuées – Mme N. :

Le grief concerne des prestations de toilette (code 425014, 425110, 425412 et 425515) portées en compte pour une patiente, Mme N., pour les mardis, jeudis, samedis et dimanches alors que les toilettes étaient réalisées 3x/semaine (les lundis, mercredis et vendredis).

La période litigieuse s'étend du 14.04.2015 au 22.09.2016.

Le fait que des toilettes aient été effectuées 3 fois par semaine et non pas quotidiennement a été confirmé par la fille de Mme N., Mme O., laquelle vit avec sa mère et précise par ailleurs n'avoir jamais vu Mme A. (déclarations du 06.04.2017 et du 18.04.2017).

Mme O. a notamment déclaré :

« ... Je suis la fille de Madame N. née le Maman vit ici avec moi. Maman est sourde. Elle a eu un cancer du sein gauche en 1979. Elle a eu une mastectomie et suite à cela elle est paralysée du bras gauche et a un oedème au bras gauche également. Elle a de la kiné actuellement 2 fois semaine pour son oedème. Son médecin traitant est le Dr P. Maman reçoit des soins infirmiers depuis 2015 mais je ne me souviens plus depuis quel mois. Maman reçoit une douche + habillage 3 fois semaine les lundis, mercredis et vendredis depuis 2017 à cause de la kinésiste à 16 heures. Avant, Maman n'allait pas à la kinésiste. Comme infirmières, il y a Madame H., Madame I. et Madame K. Madame H., le lundi, Madame I. le vendredi et Madame K. le mercredi. Quand c'était tous les jours, c'était les mêmes. Elles faisaient une tournante. Le week-end, pareil c'était les mêmes soit Mme H., Mme I. ou Mme AF. Mme AF. ne vient plus c'est Mme K. qui la remplace. Je ne connais pas de Madame A. Vous me demandez le dossier infirmier de cette année. Il est coché 3 fois par semaine. Il y a eu une remplaçante pendant les vacances de Pâques. Madame I. ne vient plus pour le moment. Quand les infirmières ne viennent pas, j'essaie d'aider maman. »

Ces déclarations ont été confirmées par Mme I. et Mme H. qui confirment qu'elles ne s'y rendaient que le lundi, le mercredi et le vendredi (déclarations du 07.03.2017 et du 21.04.2017).

Ainsi Mme I. déclara : *« C'est une toilette simple 3 fois semaine lundi-mercredi-vendredi depuis toujours. C'est un choix de la famille . Ca pourrait être une toilette par jour. »*

Lors de son audition du 13.03.2017, Mme A. a déclaré :

« ...Au début, les filles l'avaient déclarées en toilette simple tous les jours: T7. Au début, j'y allais tous les jours. Je reconnais un problème de communication au sein de l'équipe. Je n'ai plus rien porté en compte depuis fin octobre 2016. Je facturerai la toilette trois fois semaine »

Dans son courrier daté du 26 mai 2017, Madame A. avait d'ailleurs reconnu avoir commis une erreur dans la facturation de Madame N. : *« Je suis effectivement responsable des prestations facturées en trop, c'est une erreur de ma part »* « En effet, j'ai facturé des jours où ces personnes étaient hospitalisées » (pièce 318, p 3).

Ce grief, qui concerne une assurée, 410 prestations pour un indu de 2.177,10 euros est donc fondé.

Total des griefs 1 à 5 (prestations non effectuées) : 5.608,05 euros + 2.177,10 euros = **7.785,15 euros.**

3.3) Grief 6 : prestations de soins de plaies complexes non conformes – Absence de dossier soins de plaies spécifiques :

Ce grief concerne une période allant du 15.06.2015 au 18.08.2015.

Il est reproché à Madame A. une absence du dossier soins de plaies spécifiques.

Les appelantes estiment que ce grief aurait dû être qualifié d'infraction à l'article 73bis, 7°, de la loi SSI :

« de ne pas délivrer les documents réglementaires lorsque leur délivrance est obligatoire ou de rédiger, faire rédiger, délivrer ou faire délivrer des documents réglementaires qui sont irréguliers sans que les conditions de remboursement des prestations de santé soient mises en cause».

L'article 8, §8, 5°, de la nomenclature des prestations de santé indique néanmoins clairement que :

« Les prestations 424351, 424513, 424653, 427954, 424815, 424373, 424535, 424675, 427976 et 424830 peuvent uniquement être attestées à condition qu'un dossier soins de plaie(s) spécifiques soit établi et tenu à jour. Ce dossier fait partie intégrante du dossier infirmier visé au § 4, 2°. Il doit répondre, au niveau de son contenu, à une directive qui a été fixée par le Comité de l'assurance soins de santé sur proposition de la Commission de convention praticiens de l'art infirmier-organismes assureurs. »

Il ressort dudit article qu'en l'absence de dossier soins de plaies spécifiques, les prestations ne peuvent être attestées.

Ce grief, qui concerne 22 prestations pour un indu de 129,94 euros, est donc fondé sans qu'il y ait lieu à requalification des faits.

3.4) Grief 7 : prestations de soins de plaies complexes non conformes

Sont visées des prestations de soins de plaies complexes non conformes au vu de l'absence du dossier soins de plaies spécifiques.

La période concernée s'étend du 05.01.2015 au 18.12.2015.

Il est reproché à Madame A. d'avoir porté en compte des prestations de soins de plaies complexes (codes 424351 et 424513) pour un assuré, Monsieur R., alors que le dossier de soins de plaies spécifiques est absent et ne se retrouve pas au dossier infirmier.

Il importe peu à cet égard que le dossier infirmier fasse état de pansements de plaie.

Comme relevé ci-avant, en vertu de l'article 8, §8, 5° de la nomenclature, les prestations 424351 et 424513 (soins de plaie(s) complexes) ne peuvent être attestées qu'à la condition qu'un dossier soins de plaie(s) spécifiques soit établi et tenu à jour, ce qui n'est pas le cas en l'espèce.

L'attestation du Docteur S. ne permet nullement d'établir qu'il existait un dossier de soins de plaies spécifiques conforme à la nomenclature.

Ce grief, qui concerne 167 prestations pour un indu de 1.094,27 €, est fondé.

Il n'y a pas lieu non plus à requalifier l'infraction pour les mêmes motifs que ceux repris ci-avant.

3.5) Grief 8 : toilette partielle – Mme T. :

Selon Madame A., la prestation reprise sous le code 425110 et 425515 (soit « soins d'hygiène ») autorise une aide partielle pour se laver et s'habiller en fonction du souhait de la patiente qui, dans certains cas, préfère conserver son autonomie .

La prise en compte de soins ne dépend cependant pas des souhaits des patients mais bien des prestations réellement effectuées.

L'article 8§6, 8° de la NPS précise que « La toilette comprend l'ensemble des soins infirmiers se rapportant à la globalité des soins d'hygiène y compris préventifs; elle se complète, le cas échéant, par la mobilisation du patient. ».

En vertu de cet article il apparaît clairement que la toilette prévue aux codes 425110 et 425515 doit être complète et ne peut se limiter à laver les pieds.

Par ailleurs, l'article 8, § 6, 1° prévoit que « seules les toilettes dispensées chez des bénéficiaires qui obtiennent des scores de minimum 2 au critère « se laver » de l'échelle d'évaluation mentionnée au § 5, 1°, peuvent être attestées. »

Cela exclut donc la situation de Madame T. qui a déclaré être autonome pour se laver, à l'exception de son dos, pour lequel elle demandait l'aide de sa fille.

Ce grief, qui concerne 166 prestations pour un indu de 703,91 €, est fondé.

3.6) Grief 9 – toilette partielle – M. R. :

Ce grief vise des prestations non-conformes portées en compte à l'assurance soins de santé, à savoir des soins d'hygiène au bénéfice de Mr R., alors que la toilette n'était que partielle.

La période concernée s'étend du 19.01.2015 au 06.09.2016.

Comme relevé ci-dessus, la prestation reprise sous le code 425110 et 425515 suppose une toilette complète et non partielle.

M. R. a déclaré lors de son audition du 3 mars 2017 : « *Les infirmières font les pansements tous les jours et un bain de pieds 2 fois par semaine. Je fais seul le reste de la toilette... ... il est arrivé qu'elle me lave une fois ou 2 entièrement maximum mais cela fait longtemps. Je me lave à l'évier moi-même. Les infirmières sont Mme K., Mme I., Mme H. et Mr J. en remplacement uniquement pour les bains de pied... »*

Il ressort de cette déclaration que M. R. était suffisamment autonome que pour se laver seul de sorte que conformément à l'article 8§6 de la nomenclature des toilettes complètes ne pouvaient être portées en compte, pour les mêmes motifs que ceux figurant supra (grief 8).

Ce grief, qui concerne 272 prestations pour un indu de 1.192,32 euros, est donc fondé.

3.7) Grief 10 - prestations de soins non conformes – Absence de 2^{ème} passage - Mme U. :

Ce grief vise le fait d'avoir porté en compte des prestations reprises sous le code 427011 et 427092 alors que le deuxième passage n'aurait pas été effectué au bénéfice de Mme U. de sorte que les appelantes auraient dû attester les prestations 427033 et 427114 (forfait B au lieu de forfait C).

La période concernée s'étend d'avril 2015 à septembre 2016.

Le dossier infirmier ne mentionne qu'un passage par jour à partir du 9 avril 2015, alors qu'avant cette date, il y avait 2 passages par jour mentionnés (voir copie du dossier infirmier en page 70 de la note de synthèse).

Mme V., la fille de Mme U. a été entendue le 23.01.2017 :

« *... Depuis que maman vit ici, fin janvier 2014, l'infirmière passe une fois par jour le matin pour la toilette..... L'infirmière n'est jamais repassée le soir ni pour papa ni pour maman..... Le dossier est paraphé une fois par jour le matin..... Avant fin janvier 2014 (avant le déménagement) l'infirmière venait 2 fois par jour. Le soir, elle remettait maman sur la chaise percée et la réinstallait. La CSD venait pour la mise au lit. Depuis que maman vit ici, c'est 1 seul passage infirmier le matin... ».*

Réentendue le 27.02.2017, Mme V. a tenu à préciser « *qu'avant le décès de papa fin décembre 2015, il y a eu un 2ème passage 2 ou 3 fois pour mettre une hypodermoclyse pour hydrater papa... ».*

Mme I., dans son audition du 7 mars 2017 affirmait :

« *... Ils ont déménagé à ..., complètement en dehors de la tournée. On avait bien expliqué au mari qu'on ne saurait plus passer 2 fois / jour. On a tous pris la décision*

qu'on n'irait plus qu'une fois, Mme W., Mme A. et nous et son mari de son vivant. Ils le savaient et ça été dit. Au départ, du vivant de son mari, après le déménagement on y est allé 2 fois jusqu'à trouver une équipe d'aides à domicile. Pendant longtemps on est allé une fois par jour puis son mari a été en soins palliatifs. Il a eu des hypodermoclyses pendant un moment avec plusieurs passages de notre part. Après le décès de Monsieur, on n'y est plus allé qu'une seule fois par jour. Le décès de Monsieur remonte à décembre 2015. Après l'équipe ... ce n'était plus qu'une fois pour Madame et les autres passages c'était pour Monsieur en soins palliatifs. Après le déménagement, on est allé encore une seconde fois pendant un mois environ. Le déménagement remonte à quelques années. Vous me signalez qu'un forfait C ne peut être attesté quand il n'y a qu'un seul passage, ça doit être un code de forfait B. Vous me dites que l'adresse au registre national date du 28/01/2014... » .

Dans sa déclaration du 21 avril 2017, Mme H. précisait :

« ... On l'a prise en charge avec son mari à ... Ils ont déménagé à ... avant le décès de son mari. On ne voulait plus y aller car c'était loin mais eux voulaient nous garder. Au début, on a essayé d'y passer 2 fois, tôt le matin et à 13 heures. Après le décès du mari pendant 5 ou 6 mois, on a continué à y aller 2 fois par jour puis on n'y est plus allé qu'une fois... ».

L'audition de Madame A. le 13 mars 2017 : « ... Mme AF. et Mme I. ont été chez cette patiente mais à partir du moment où elle est allée en appartement, je rectifie, nous y sommes toutes allées deux fois par jour jusqu'en avril 2015... »

L'attestation du Dr S. (pièce 6), datée du 06.10.2019, indique que la patiente, Mme U., était « redevable d'un passage de l'infirmière deux fois par jour notamment entre avril 2015 et septembre 2016 » alors que Mme A. a déclaré le 13 mars 2017 « nous y sommes allées deux fois par jour jusqu'en avril 2015 »...

On ne peut que constater que les différentes déclarations sont convergentes, et que les visites se sont raréfiées à partir du déménagement de Mme U. en janvier 2014 avant de reprendre quelques temps lorsque le mari de Mme U. était en soins palliatifs puis de se résumer à un passage par jour à partir du mois d'avril 2015 comme le confirme Mme A. elle-même, dont les déclarations sont confirmées par les mentions reprises dans le dossier infirmier.

Il en résulte que seul un passage par jour est confirmé à partir du 23 avril 2015, début de la période litigieuse.

Ce grief, qui concerne 1 assurée, 328 prestations pour un indu de 4.456,27 euros, est fondé.

3.8) Grief 11 - prestations de soins non conformes – Absence de 2^{ème} passage - M. X. :

Il est reproché à Mme A. d'avoir porté en compte des prestations reprises sous le code 425316 et 425714 alors que le deuxième passage n'aurait pas été effectué au bénéfice de Monsieur X.

Comme pour le grief 10, les appelantes auraient dû attester les prestations 42594 et 425692.

En application de l'article 8 §3 de la nomenclature des prestations de santé : « *Aucuns honoraires ne sont dus : 5° lorsque le dossier infirmier si le contenu minimal décrit au §4, 2°, de cet article n'est pas mentionné dans ce dossier* ».

L'article 8§4, 2° indique : « *Le contenu minimal du dossier infirmier comporte au moins : (...)-L'identification des soins infirmiers effectués au cours de chaque journée de soins -L'identification des praticiens de l'art infirmier qui ont dispensé ces soins* »

En l'espèce ce 2^{ème} passage n'est pas identifié au dossier infirmier de sorte que c'est à bon droit que le premier juge a pu dire que ce grief était établi.

La fille de M. X., Mme Y. a confirmé l'absence de second passage le 23.01.2017 au cours d'une communication téléphonique avec l'infirmière contrôleur.

A la relecture du constat téléphonique établi le 23/01/2017, Madame Y. a déclaré ne pas avoir menti, sa déclaration doit être préférée à celle de son frère avec qui elle est en conflit.

Mme Y. habite en effet en face de ses parents et rend régulièrement visite à ceux-ci alors que son frère habite Oupeye et leur rend moins souvent visite, l'attestation fournie par ce dernier ne précisant par ailleurs pas les dates où les infirmières passaient deux fois par jour.

Ce grief, qui concerne 1 assuré, 172 prestations pour un indu de 2.422,48 euros, est donc fondé.

3.9) Grief 12 – suppléments palliatifs non conformes – Mmes Z. et AA. :

Ce grief vise les prestations reprises sous le code 427070 et 427151 indûment portées en compte, soit des honoraires supplémentaires pour des journées de soins pour les patients palliatifs, à savoir pour Mme Z. et Mme AA. alors que la tenue du dossier infirmier ne répondait pas aux exigences de la nomenclature des soins de santé.

Le SECM reproche à Madame A. d'avoir porté en compte à l'assurance soins de santé des prestations de soins 427070 et 427151 non-conformes, la tenue du dossier infirmier ne répondant pas aux exigences de la nomenclature des soins de santé en la matière (article 8, §1er, §4,2°, §5bis, 5°, arrêté royal du 02.12.1999 (art 3), directive du 23.05.2011 concernant le contenu de la planification et de l'évaluation) :

- Les éléments relevant concernant la planification et l'évaluation des soins ne sont pas mentionnés, au moins chaque semaine, dans le dossier infirmier.
- Il n'y a aucun résultat des réunions de coordination au dossier ni les contacts avec la famille.
- Aucun pseudocode n'a été mentionné dans la facturation.
- Les échelles de la douleur ont été ajoutées a posteriori aux dossiers de 2015 et 2016.
- On ne retrouve pas un enregistrement des symptômes.

Comme relevé par la Chambre de 1^{ère} instance, les attestations déposées ne modifient pas la portée du grief.

En effet, ces différentes attestations relatent la qualité des soins prodigués et le suivi assuré par le médecin traitant pour l'une d'entre elles.

Il n'en reste pas moins que le dossier infirmier ne contenait pas les informations requises par la nomenclature (article 8, §1er, article 8, §4, 2° et article 8§, 5bis, 5°).

Ce grief, qui concerne 2 assurés, 601 prestations, pour un indu de 22.068,02 €, est donc établi sans qu'il y ait lieu à requalification de celui-ci, pour les mêmes motifs que ceux repris supra (griefs 6 et 7).

3.10) Grief 13 – dossier infirmier non conforme - Mme AB. :

Ce grief concerne Mme AB., dont le médecin traitant était le Dr AC.

La période concernée s'étend de janvier à décembre 2015.

Le SECM reproche à Madame A. d'avoir porté en compte à l'assurance soins de santé des prestations de soins 427033 et 427114 non-conformes, la tenue du dossier infirmier ne répondant pas aux exigences de la nomenclature des soins de santé en la matière (article 8, §1er, §4,2°, §5bis, 5°, arrêté royal du 02.12.1999 (art 3), directive du 23.05.2011 concernant le contenu de la planification et de l'évaluation).

Selon le SECM, les éléments relevant concernant la planification et l'évaluation des soins ne seraient pas mentionnés au moins chaque semaine dans le dossier infirmier.

Le dossier infirmier ne contient aucune fiche d'observation et de transmissions infirmières. Il n'y figure aucun résultat des réunions de coordination au dossier, ni les contacts avec la famille.

Aucun pseudo-code n'a été mentionné dans la facturation. On ne retrouverait pas d'échelle de la douleur ni un enregistrement des symptômes.

Le Dr AC. a déclaré le 20.01.2017 ne pas connaître l'infirmière, Mme A., et n'avoir jamais réalisé de réunion de coordination (note de synthèse, p 77).

Le 13.03.2017, Mme A. avait elle-même déclaré : « ... nous nous téléphonons avec le médecin traitant mais nous n'avons pas eu de réunions de coordination... ».

Le grief, qui concerne 1 assurée, 198 prestations pour un indu de 4.405,60 euros, est fondé, sans qu'il y ait lieu à requalification de l'infraction (v. supra).

3.11) Grief 14 – tenue du dossier non conforme - Mme AD. et Mme AE. :

Il est reproché aux appelantes d'avoir porté en compte à l'assurance soins de santé des prestations reprises sous les codes 425294, 425692, 45272 et 425670 non-conformes, la tenue du dossier infirmier ne répondant pas aux exigences de la nomenclature des soins de santé en la matière et ce, pour 2 patientes à savoir Mme AD. et Mme AE.

La période concernée s'étend de janvier à mai 2016.

Les éléments relevant concernant la planification et l'évaluation des soins n'ont pas été mentionnés au moins toutes les deux semaines et il n'y a pas, dans le dossier infirmier, de fiche d'observation et de transmissions infirmières.

Ce grief n'est pas relatif à la qualité des soins fournis mais uniquement aux conditions fixées par la nomenclature quant à la tenue et au contenu insuffisants du dossier infirmier.

Ce grief, qui concerne 2 assurés, 152 prestations pour un indu de 3.708,84 euros, est fondé.

Il n'y a pas lieu de requalifier l'infraction en manquement visé à l'article 142, 7° de la loi SSI pour les motifs exposés ci-dessus.

3.12) Grief 15 – tiers non habilité - M. J. :

Le SECM reproche aux appelantes, d'avoir, au sens de l'article 73 bis, 2°, attesté et porté en compte des prestations qui requièrent la qualification de praticien de l'art infirmier qui ont été réalisées par un tiers non habilité, à savoir, un aide-soignant, M. J., en violation de l'article 8 §11 et 12 de la NPS.

La matérialité de ce grief n'est pas sérieusement contestée, Mme A. invoquant cependant la faute de l'agence d'intérim à qui elle s'est adressée, laquelle ne lui aurait pas signalé que M. J. ne pouvait pas travailler comme aide-soignant en raison de l'absence d'une équipe structurelle d'infirmiers.

Mme A. ne peut se dédouaner en invoquant l'ignorance de la réglementation soins de santé. Les dispensateurs de soins, en leur qualité de collaborateur du service public de l'assurance soins de santé, sont tenus à un « devoir de vigilance ».

Le SECM n'est pas partie à la convention passée entre les appelantes et cette agence intérim. Elle ne lui est pas opposable.

Ce grief, qui concerne 10 assurés, 285 prestations pour un indu de 4.415,18 euros, est fondé.

3.13) Grief 16 – tiers non habilité – Mme K. :

Ce grief reproche aux appelantes d'avoir attesté des prestations de soins de santé qui ont été effectuées par Mme K., aide-soignante, qui a obtenu son diplôme d'infirmière en date du 26 janvier 2016.

Comme relevé ci-dessus, Mme A. ne peut se dédouaner en invoquant l'ignorance de la réglementation soins de santé. Les dispensateurs de soins, en leur qualité de collaborateur du service public de l'assurance soins de santé, sont tenus à un « devoir de vigilance » .

Le SECM n'est pas partie à la convention passée entre les appelantes et cette agence intérim. Elle ne lui est pas opposable.

Il lui appartenait de s'informer correctement.

Le grief, qui concerne 11 assurés, 237 prestations pour un indu du 3.933,36 €, est fondé.

3.14) Grief 17 – tiers non habilité – Mme K. :

Il est reproché aux appelantes d'avoir, entre le 26 mars 2016 et le 20 avril 2016, attesté des prestations de soins de santé qui ont été effectuées par Mme K., entre le 26 mars 2016 et le 20 avril 2016, en raison du fait que, si elle était bien titulaire de son diplôme d'infirmière, elle n'a obtenu son numéro INAMI qu'en date du 21 avril 2016. Un montant de 2.456,44 € est réclamé.

Mme A. soutient que lorsque Mme K. a obtenu son diplôme en date du 26 janvier 2016, elle pensait que cette dernière avait fait les démarches auprès de l'INAMI pour obtenir son numéro.

Ce n'est qu'au moment de la facturation qui s'est réalisée plusieurs mois plus tard, qu'elle se serait rendu compte que Mme K. n'avait pas accompli les démarches administratives pour obtenir son numéro INAMI dès le mois de janvier 2016.

En sa qualité de collaborateur expérimenté du service public de l'assurance soins de santé, il appartenait cependant à Mme A. de se renseigner correctement auprès de Madame K. quant aux formalités accomplies.

Ce grief, qui concerne 10 assurés, 216 prestations pour un indu de 2.456,44 euros, est fondé.

4) Infractions - amende administrative :

4.1) Eléments constitutifs des infractions – principes :

Les infractions "réalité" et "conformité" basées sur l'article 73bis de la loi coordonnée le 14.07.1994 sont passibles d'amende moyennant la réunion de deux éléments, un élément matériel et un élément moral.

L'élément matériel réside dans la transgression d'une disposition légale ou réglementaire soit en l'occurrence dans l'accomplissement de l'acte interdit ou dans l'omission de l'acte prescrit.

S'agissant d'une infraction non intentionnelle de nature réglementaire, l'élément moral ne requiert ni intention ni imprudence, une telle infraction est punissable par le seul fait de la transgression de la norme légale ou réglementaire pourvu que cette transgression soit commise librement et consciemment (Cass., 03.10.1994, JT 1995, p.25).

En règle générale, la responsabilité pénale en droit social n'est souvent subordonnée qu'à deux conditions : la transgression matérielle et l'imputabilité, les délits en cette matière étant généralement des délits réglementaires ne requérant aucun élément moral particulier sauf exceptions. Ainsi, le fait réprimé est constitutif d'infraction par le seul fait de la transgression de la prescription légale, abstraction faite de l'intention de l'auteur ou de sa bonne foi.

Toutefois la responsabilité de l'auteur de l'acte ne peut être retenue que si le juge constate en outre que l'acte peut lui être imputé. Toute infraction, qu'elle soit ou non réglementaire, doit être le résultat de l'activité libre et consciente de son auteur (KEFER, Précis de droit pénal social, 2e éd , Limai, Anthémis, 2014, p 68, §61).

Si le prestataire allègue avec vraisemblance une cause de justification, il appartient au SECM de démontrer que cette cause de justification n'existe pas, ce n'est donc pas au praticien de démontrer l'existence de celle-ci.

L'erreur ou l'ignorance ne peuvent être retenues comme causes de justification que lorsqu'elles sont invincibles, c'est-à-dire lorsqu'il peut se déduire de circonstances que l'auteur de l'infraction a agi comme l'aurait fait toute personne raisonnable et prudente placée dans les mêmes circonstances. Elle affecte le caractère conscient de l'acte.

La complexité de la législation sociale en vigueur ne peut être considérée comme source d'erreur invincible (CT Liège, 08.11.2010, RG 36410/09, www.juridat.be).

De même la seule constatation que l'auteur de l'infraction ait été mal conseillé, fût-ce par une personne qualifiée, ne suffit pas en soi pour que l'erreur soit considérée comme étant invincible; il appartient au juge d'apprécier en fait si pareil avis a induit l'auteur de

l'infraction dans un état d'erreur invincible. (Cass. 01.10.2002, RG P011006N, www.juridat.be ; Cass 29.04.1998, JLMB 1999, p. 231).

En application de l'article 157 de la loi coordonnée le 14.07.1994, un sursis d'une durée de 1 à 3 ans peut être accordé lorsque dans les trois ans précédant le prononcé, aucune amende administrative n'a été infligée ou aucune demande de remboursement de prestation induite n'a été introduite.

Sous réserve du respect de cette condition, l'octroi d'un sursis est laissé à l'appréciation souveraine de la juridiction administrative.

4.2) Application au cas d'espèce :

Il appartient au SECM de démontrer la réunion dans le chef de Mme A. des éléments constitutifs des infractions faisant l'objet du grief litigieux.

Comme relevé ci-avant, l'élément matériel propre à chacune des infractions est bien établi.

L'élément moral est également établi, le non-respect de la nomenclature des prestations de santé ayant été commis librement et consciemment par Mme A., l'éventuelle bonne foi de même que l'absence d'intention frauduleuse de cette dernière étant sans incidence sur l'existence de l'élément moral.

C'est en effet librement et consciemment que Mme A. a notamment engagé M. J., aide-soignant, et Mme K. qui ne disposait pas de n° INAMI et leur a confié certains soins.

C'est donc à juste titre que la Chambre de première instance a estimé que l'infraction avait bien été commise par Mme A. et lui était imputable et qu'aucune erreur invincible ne pouvait être retenue dans son chef.

4.3) Hauteur de la peine :

La sanction prévue à l'article 142, § 1^{er}, al. 1, 1° de la loi ASSI, soit pour les prestations **non effectuées**, est une amende administrative comprise entre 50 % et 200 % du montant de la valeur des prestations concernées.

La sanction prévue à l'article 142, § 1^{er}, al. 1, 2° de la loi ASSI, soit pour les prestations **non conformes**, est une amende administrative comprise entre 5 % et 150 % du montant de la valeur des prestations concernées, dans ce dernier cas l'amende est cependant laissée à l'appréciation du juge.

En l'espèce les amendes de 150% pour les prestations non effectuées et de 100% pour les prestations non conformes retenues par la Chambre de première instance apparaissent totalement justifiées eu égard notamment à :

- la gravité des infractions ;
- l'ampleur des montants perçus indûment ;
- la longueur relative de la période infractionnelle qui s'étend sur environ 2 ans ;
- la longue expérience de Mme A.

4.4) Le sursis :

Le sursis d'une durée de un à trois ans peut être accordé lorsque, dans les trois ans précédant le prononcé, aucune amende administrative n'a été infligée ni aucun remboursement de prestations indues n'a été imposé à l'intéressé par une instance administrative ou juridictionnelle au sein ou auprès de l'Institut (article 157 de la loi ASSI).

En l'espèce l'absence d'antécédents dans le chef de Mme A. et, par la suite, de réitération des faits reprochés et les remboursements réguliers effectués par celle-ci font que la Chambre de recours considère qu'il y a lieu d'octroyer à Mme A. un sursis de trois ans pour la moitié de l'amende de 11.677,72 euros ainsi qu'un sursis de trois ans pour les deux tiers de l'amende de 50.986,62 euros.

Il y a lieu de réformer la décision a quo sur ce point et de :

- Condamner Madame A. au paiement d'une amende administrative s'élevant à 150 % du montant de la valeur des prestations non effectuées, soit **11.677,72 euros** (7785,15 euros x 150%) assortie d'un sursis de trois ans pour la **moitié** de celle-ci, soit une amende effective de 5.838,86 euros (article 142, §1er, 1° de la loi SSI) ;
- Condamner Madame A. au paiement d'une amende administrative s'élevant à 100 % du montant de la valeur des prestations non conformes, soit **50.986,62 euros** assortie d'un sursis de trois ans, pour les deux tiers de celle-ci soit une amende effective de 16.995,54 euros (article 142, §1er, 2° de la loi SSI).

5) Intérêts :

Les sommes, dont les appelantes sont redevables, doivent être payées dans les trente jours de la notification de la présente décision. A défaut de paiement dans ce délai, les sommes restant dues produisent de plein droit des intérêts au taux légal en matière sociale, tel que prévu à l'article 2, §3 de la loi du 05.05.1865 relative au prêt à intérêt, à compter de l'expiration de ce délai (art.156, §1^{er}, al. 2, de la loi ASSI tel que modifié par l'article 26 de la loi du 17 juillet 2015 portant dispositions diverses en matière de santé).

6) Article 156 de la loi coordonnée le 14.07.1994 – Délais de paiement :

Pour le surplus il convient de rappeler qu'en application de l'article 156§1 de la loi coordonnée le 14.07.1994, les décisions du fonctionnaire dirigeant du Service d'évaluation et de contrôle médicaux ou du fonctionnaire désigné par lui, visées à l'article 143, les décisions des Chambres de première instance visées à l'article 142, et les décisions des Chambres de recours, visées aux articles 142 et 155, sont exécutoires de plein droit par provision, nonobstant tout recours.

En application de l'article 156§1 al.1, des délais de paiement peuvent être accordés uniquement sur base d'une demande motivée et appuyée par toute pièce utile permettant d'en apprécier le bien-fondé.

En l'espèce aucune pièce permettant d'apprécier la situation financière actuelle de Mme A. n'a été déposée.

Par ailleurs de tels délais ne peuvent être accordés lorsqu'il apparaît comme en l'espèce que le débiteur a d'ores et déjà bénéficié de larges termes et délais, qu'il n'est pas à

même d'améliorer à court terme sa situation financière et que la créance exigible, en raison de son montant et du peu de ressources disponibles ne saurait être remboursée endéans un laps de temps raisonnable.

Au vu des montants dus, les termes et délais proposés à concurrence de 750 euros par mois apparaissent insuffisants.

Il n'y a donc pas lieu d'accorder de tels termes et délais.

Pour le surplus il convient de donner acte au SECM que selon ce dernier Mme A. a remboursé 750 euros par mois depuis août 2021 de sorte qu'au 6 octobre 2021, Mme A. avait remboursé 25.250 euros et ce sans préjudice des paiements effectués depuis cette date.

Il découle de ce qui précède que l'appel est très partiellement fondé.

Par ces motifs,

La Chambre de recours instituée auprès du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI,

Composée de Monsieur Emmanuel MATHIEU, Président, des Docteurs Francine PROFILI et Fabienne EVELETTE et Messieurs DECUYPER Claude et PEETERS Edgar, membres,

Après en avoir délibéré et statuant contradictoirement à l'égard des parties, dans la limite des appels ;

Docteurs Francine PROFILI et Fabienne EVELETTE, Messieurs Claude DECUYPER et Edgar PEETERS, ayant rendu leur avis sans prendre part à la décision ;

Ecartant comme non fondées toutes conclusions autres, plus amples ou contraires ;

Dit l'appel de Madame A. et de la SPRL B. recevable et très partiellement fondé ;

Par conséquent, réformant :

- Condamne Madame A. au paiement d'une amende administrative s'élevant à 150 % du montant de la valeur des prestations non effectuées, soit **11.677,72 euros** assortie d'un sursis de trois ans pour la **moitié** de celle-ci, soit une amende effective de 5.838,86 euros (article 142, §1er, 1° de la loi SSI) ;
- Condamne Madame A. au paiement d'une amende administrative s'élevant à 100 % du montant de la valeur des prestations non conformes, soit **50.986,62 euros** assortie d'un sursis de trois ans, pour les **deux tiers** de celle-ci soit une amende effective de 16.995,54 euros (article 142, §1er, 2° de la loi SSI) ;

Confirme la décision prononcée le 18.06.2021 par la Chambre de première instance pour le surplus.

La présente décision est prononcée à l'audience du 30/06/2022 par M. Emmanuel MATHIEU, président, assisté de Madame Anne-Marie SOMERS, greffière.

Anne-Marie SOMERS
Greffière

Emmanuel MATHIEU
Président