

CHAMBRE DE RECOURS
DECISION PRONONCEE LE 31 MARS 2020
Numéro de rôle FB-008-18

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

Partie appelante, comparaisant personnellement et étant assistée par Maître B., avocate.

S.P.R.L. C ;

Partie appelante, représentée par sa gérante, Madame A., et par Maître B.

CONTRE : **SERVICE D'ÉVALUATION ET DE CONTRÔLE MÉDICAUX**,
en abrégé SECM, institué au sein de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, inscrit à la BCE sous le numéro 0206.653.946 et établi à 1150 Bruxelles, avenue de Tervuren, 211 ;

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

1. PROCEDURE

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

- la requête de Madame A. et de la S.P.R.L. C., entrée au greffe le 28 mai 2018 ;
- les conclusions en réponse du SECM, entrées au greffe le 6 septembre 2018 ;
- les conclusions en réplique et les pièces (inventoriées et numérotées de 0.1. à 9.15.) de Madame A. et de la S.P.R.L. C., entrées au greffe le 10 décembre 2018 ;
- les conclusions en réplique du SECM, entrées au greffe le 1^{er} mars 2019 ;
- les conclusions additionnelles et de synthèse de Madame A. et de la S.P.R.L. C., entrées au greffe le 9 mai 2019 ;
- les conclusions additionnelles et de synthèse du SECM, entrées au greffe le 8 juillet 2019 ;
- les convocations, en prévision de l'audience du 10 octobre 2019.

Lors de l'audience du 10 octobre 2019, la Chambre de recours entend les parties.

2. OBJET DE L'APPEL - PRETENTIONS DES PARTIES

Dans une requête, entrée au greffe le 28 mai 2018, Madame A. et la S.P.R.L. C. interjettent appel de la décision du 19 avril 2018 de la Chambre de première instance (rôle général n° FA-004-17).

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

- recevoir l'appel ;
- le déclarer fondé ;
- réformer la décision dont appel en toutes ses dispositions ;
- à titre principal :
 - déclarer l'action du SECM irrecevable, pour violation de l'article 6 CEDH ;
- à titre subsidiaire :
 - déclarer le premier grief non établi, sauf en ce qui concerne le cas 2 et le cas 11 ;
 - déclarer le deuxième grief non établi ;
 - déclarer le troisième grief non établi, sauf si la Chambre sanctionne le défaut de cachet sur un formulaire dans le dossier G. ;
 - déclarer le quatrième grief non établi pour le cas 1 et pour le cas 2, sauf si deux plaies simples n'équivalent pas à une plaie complexe ;
 - déclarer le cinquième grief non établi sauf en ce qui concerne Madame H. ;
 - déclarer le sixième grief non établi ou excusé ;
 - déclarer le septième grief non établi ;
 - dire qu'il n'y a pas lieu de prononcer l'amende ;
- à titre plus subsidiaire :
 - diminuer les montants des amendes au minimum légal ;
 - sursoir à statuer quant à l'application de l'amende administrative ;
- à titre infiniment subsidiaire :
 - accorder un échelonnement des paiements.

Le SECM demande à la Chambre de recours de :

- confirmer la décision de la Chambre de première instance du 19 avril 2018 ;
- dire qu'à défaut de paiement des sommes dues par Madame A. et la S.P.R.L. C. dans les trente jours de la notification de la Chambre de recours, des intérêts au taux légal en matière sociale, tel que prévu à l'article 156, § 1^{er}, de la loi ASSI, seront dus, de plein droit, à compter de l'expiration du délai précité.

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 2003.

Elle est indépendante à titre principal depuis le 1^{er} septembre 1991.

Elle est gérante unique de la S.P.R.L. C. depuis le 20 février 2013.

A la suite d'une enquête menée par le SECM, des auditions ont lieu de juin 2015 à novembre 2015 et des procès-verbaux de constat sont dressés le 30 septembre 2015.

Dans une note de synthèse, constituée de 162 pages, le SECM formule, envers Madame A., un grief de « prestations non effectuées », constitutif de l'infraction visée à l'article 73*bis*, 1^o, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 (avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer des documents réglementaires permettant le remboursement des prestations de santé lorsque les prestations n'ont pas été effectuées ou fournies), et six griefs de « prestations non conformes », constitutifs de l'infraction visée à l'article 73*bis*, 2^o, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 (avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer des documents réglementaires permettant le remboursement des prestations de santé lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans la loi, dans ses arrêtés et règlements d'exécution, dans les conventions et accords conclus en vertu de la loi).

La période des prestations litigieuses s'étend du 2 mai 2013 au 31 octobre 2014, tandis que l'introduction aux organismes assureurs intervient du 30 septembre 2013 au 30 novembre 2014.

Par requête, entrée le 6 mars 2017 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-004-17).

Dans une décision du 19 avril 2018, la Chambre de première instance :

- déclare la demande du SECM recevable et fondée dans la mesure déterminée ci-après ;
- dit pour droit que les éléments matériels constitutifs des infractions suivantes sont établis dans le chef de Madame A. :
 - 1^{er} grief (prestations non effectuées) - forfaits - indu : 29.809,84 euros ;
 - 2^e grief (prestations non conformes) - absence de toilette complète - indu : 20.768,11 euros ;
 - 3^e grief (prestations non conformes) - dossiers infirmiers non conformes - indu : 429,55 euros ;

- 4^e grief (prestations non conformes) – soins de plaie complexe attestés alors que seuls des soins de plaie simple pouvaient l'être - indu : 170,90 euros ;
- 5^e grief (prestations non conformes) – dossier infirmier non conforme (absence de niveau 2) au niveau du contenu minimal - indu : 3.802,97 euros ;
- 6^e grief (prestations non conformes) - prestations réalisées par un tiers non habilité (aide-soignante) - indu : 22.614,07 euros ;
- 7^e grief (prestations non conformes) - surscorage de l'échelle de Katz - indu résiduel : 1.210,10 euros ;
- o condamne solidairement 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 totale de 78.805,54 euros ;
- o constate qu'une somme de 25.000 euros a déjà été remboursée par Madame A. et la S.P.R.L. C. ;
- o condamne Madame A. au paiement d'une amende administrative s'élevant à 150 % du montant de la valeur des prestations indues, soit la somme de 44.714,76 euros, pour le grief n° 1 ;
- o condamne Madame A. au paiement d'une amende administrative s'élevant à 100 % du montant de la valeur des prestations indues, soit la somme de 49.995,70 euros, pour les griefs n° 2 à 7 ;
- o dit qu'à défaut de paiement des sommes dues par Madame A. et la S.P.R.L. C. dans les trente jours de la notification de la décision de la Chambre de première instance, des intérêts au taux légal en matière sociale seront dus de plein droit, à compter de l'expiration du délai précité ;
- o dit que la décision est exécutoire de plein droit par provision, nonobstant tout recours.

Par courriers du 27 avril 2018, cette décision est notifiée aux parties.

Par requête, entrée le 28 mai 2018 au greffe de la Chambre de recours, Madame A. et la S.P.R.L. C. interjettent appel de la décision du 19 avril 2018.

4. POSITION DE LA CHAMBRE DE RECOURS

4.1. Recevabilité

a) En droit

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

Le délai prend cours le premier jour ouvrable qui suit celui où le pli recommandé, avec accusé de réception, a été présenté au domicile du destinataire ou, le cas échéant, à sa résidence ou à son domicile élu, 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.

b) En l'espèce

L'appel de Madame A. et de la S.P.R.L. C. est introduit dans le délai légal et respecte les modalités réglementaires.

Cet appel est recevable.

4.2. Procès équitable

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.

La Cour de cassation a également reconnu, en matière pénale, le principe général du droit à un procès équitable¹.

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.

b) En l'espèce

L'atteinte au droit à un procès équitable n'est nullement établie.

Le SECM n'était nullement tenu de révéler à Madame A. les éléments déclencheurs de l'enquête.

Cela étant, Madame A. admet elle-même qu'elle « *avait donc un profil hors norme* »², ce qui habilitait tout à fait le SECM à entreprendre une enquête.

¹ 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.

² Cf. page 10 de ses conclusions additionnelles et de synthèse.

Madame A. ne démontre pas son allégation selon laquelle l'enquête a été effectuée dans le but de prouver une fraude et non pas dans celui de trouver une explication quant à son dépassement de profil.

En ce qui concerne spécifiquement les listes de tournée remises par Madame I. au SECM, la Chambre de recours observe pour le surplus, d'une part, que le SECM s'est fondé non pas sur ces listes mais sur les données authentifiées des organismes assureurs pour interroger les collaboratrices de Madame A., d'autre part, que Madame A. reconnaît expressément, lors de son audition en date du 6 octobre 2015, que le SECM lui a présenté « *les documents de tournées qui vous ont été remis par une des collaboratrices que vous avez interrogée* ».

Le SECM n'était nullement tenu d'entendre l'ensemble des collaboratrices et des patients de Madame A.

Il n'apparaît pas que les personnes entendues auraient été manipulées, influencées ou orientées, de quelque manière que ce soit, par les enquêteurs.

L'enquête n'est entachée d'aucune irrégularité.

Au demeurant, la Chambre de recours constate que le SECM n'a pas manqué de tenir compte des documents (*cf.* rapports de consultation déposés le 12 octobre 2015 en fin de journée) ou observations (*cf.* enquête complémentaire auprès de Monsieur J.) émanant, en cours d'enquête, de Madame A.

La Chambre de recours rejette le moyen relatif à un procès inéquitable.

4.3. 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.

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 prudente³.

La complexité de la législation en vigueur ne peut toutefois être source d'une erreur invincible⁴.

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 dispense⁵.

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

L'article 8, § 1^{er}, 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) ;
- 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) ;

³ Cass. (1^e ch.), 16 septembre 2005, rôle n° C.040276.F, <http://jure.juridat.just.fgov.be>.

⁴ C. HENNEAU et J. VERHAEGEN, *Droit pénal général*, Bruylant, Bruxelles, 1991, p. 338.

⁵ C.E., arrêt n° 100.814, 14 novembre 2001, inédit.

- 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 internet⁶.

Elles prévoient notamment que : « (...)

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

Se laver

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

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

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

Il existe deux possibilités : a) Le patient a besoin d'une aide active pour se laver au-dessus ou en dessous de la ceinture, ou b) Le patient est capable de se laver au-dessus ou en dessous de la

⁶ Cf. www.riziv.fgov.be.

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 décentement.

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.

Continence

(...)

1. Est continent pour les urines et les selles.

2. Est accidentellement incontinent pour les urines ou les selles (sonde vésicale ou anus artificiel compris).

Il existe trois possibilités : a) Le patient présente occasionnellement, c'est-à-dire à des moments irréguliers du nyctémère, 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^{er}, 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^{er}, 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.

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.

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^{er}, 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 sociale⁷.

V. Délais de paiement

Des délais de paiement peuvent être accordés uniquement sur la base d'une demande motivée et appuyée par toute pièce utile permettant d'en apprécier le bien-fondé, selon l'article 156, § 1^{er}, alinéa 1, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

b) En l'espèce

(1) Éléments probants

La Chambre de recours rejette différents moyens développés, sur le plan formel, par Madame A. et la S.P.R.L. C.

Le moyen relatif à l'absence d'éléments probants n'est pas établi.

Les allégations selon lesquelles les témoignages tant des anciennes collaboratrices que des patients ne seraient pas fiables ne reposent sur aucun élément objectif.

Si les listes de tournées en possession du SECM sont contestées par Madame A., il n'en demeure pas moins, d'une part, qu'elle a reconnu, lors de son audition en date du 6 octobre 2015, avoir apposé sur ces documents une série de mentions manuscrites, que les directives reprises dans ces listes ont été reconnues par chacune de ses (anciennes) collaboratrices à qui elles ont été présentées, d'autre part, qu'il ressort des témoignages que Madame A. donnait des directives soit par téléphone, soit par SMS soit encore par papier déposé dans les boîtes aux lettres.

En tout état de cause, le SECM s'est basé sur de nombreux autres éléments (nombreuses déclarations recueillies lors des auditions ; données authentifiées des organismes assureurs ; pièces diverses), lesquels corroborent d'ailleurs le contenu des listes de tournées susnommées, pour formuler des griefs envers Madame A.

⁷ Cass. (3^e ch.), 6 janvier 2014, rôle n° S.12.0067.F, www.terralaboris.be.

A cet égard, il convient de relever que 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.

La Chambre de recours considère que les attestations fournies par Madame A. et la S.P.R.L. C. et la bonne foi invoquée par Madame A. ne permettent pas de remettre en cause ou d'infléchir les constats qui suivent quant à l'existence des griefs.

(2) Examen des griefs

La Chambre de recours entend examiner chacun des sept griefs imputés à Madame A.

Grief n° 1 - Prestations non effectuées

Pour Madame K., il résulte des déclarations de celle-ci, alors que Madame A. n'a pas soulevé lors de ses auditions, notamment celle du 6 octobre 2015, que cette patiente, qui est sa grand-mère paternelle, n'était pas en état de faire une déclaration crédible, le grief est établi.

Le fait que des soins aient été prescrits par un médecin n'implique pas qu'ils aient été effectués.

L'attestation du 8 octobre 2015, qui émane, prétendument, d'une aide-soignante, Madame L., ne change rien à ce qui précède, d'autant qu'il est surprenant qu'elle n'a pas été produite durant l'enquête, notamment lors de l'audition du 12 octobre 2015, ce qui est de nature à jeter le doute sur le crédit à lui accorder.

Pour Monsieur M., le grief n'est pas contesté par Madame A.

Pour Monsieur N., il résulte des déclarations concordantes de Madame O. (mère de l'intéressé), de Madame I., de Madame P. et de Madame Q., ainsi que, de manière surabondante, des directives de tournée de Madame A., que le grief est établi.

L'attestation du 14 juin 2017 de Madame R., laquelle a été domiciliée à environ 170 kilomètres de l'intéressé durant la majeure partie de la période où les soins ont été attestés, ce qui est difficilement conciliable avec une vérification quotidienne de la nature des soins, et l'attestation du 16 juin 2017 de Madame S., laquelle travaillait à temps plein au moment des faits, ce qui est aussi difficilement conciliable avec une vérification quotidienne de la nature des soins, ne changent rien à ce qui précède.

Il en va de même pour les échanges de SMS entre Madame T. et Madame A., qui n'offrent pas les mêmes garanties que les auditions réalisées par le SECM dans le respect des articles 62 et 63 du Code pénal social.

Comme énoncé précédemment, le fait que des soins aient été prescrits par un médecin n'implique pas qu'ils aient été effectués.

Pour Monsieur U., lequel était sous administration provisoire au moment des faits, il résulte des déclarations concordantes de Madame I., de Madame P., de Madame O. et de Madame Q., ainsi que, de manière surabondante, des instructions de Madame A. sur les feuilles de tournée, que le grief est établi.

L'attestation du 11 juin 2017 de Monsieur U. et l'attestation du 1^{er} novembre 2018 de Madame V., qui sont dressées plus de trois ans après la période infractionnelle et dans des conditions de fiabilité moindres que celles offertes par les auditions réalisées par le SECM, ne changent rien à ce qui précède.

Pour Monsieur W., il résulte des déclarations concordantes de Madame I., de Madame P., de Madame T. et de Madame Q., ainsi que du remboursement de l'indu par cette dernière, que le grief est établi.

L'attestation du 13 juin 2017 de Madame X. (sœur de l'intéressé), qui est dressée plus de trois ans après la période infractionnelle et dans des conditions de fiabilité moindres que celles offertes par les auditions réalisées par le SECM, ne change rien à ce qui précède.

Pour Madame Y., il résulte des déclarations concordantes de Madame Z. (la fille de l'intéressée), de Madame P. et de Madame Q., ainsi que du remboursement de l'indu par cette dernière, que le grief est établi.

L'audition de Monsieur J. (voisin de l'intéressée), intervenue en date du 7 octobre 2015, ne change rien à ce qui précède.

Pour Madame AA., il résulte des déclarations de Madame Q. et de son remboursement de l'indu, ainsi que, de manière surabondante, de la déclaration de Madame A. du 12 octobre 2015, qui reconnaît l'absence de passage le mardi ainsi que son écriture sur la mention « *pas les mardis* » sur ses instructions de tournée, que le grief est établi.

Pour Monsieur AB., il résulte des déclarations de l'intéressé ainsi que de celles de Madame AC. et de Madame Q. et du remboursement de l'indu que le grief est établi.

Pour Madame AD., il résulte des déclarations de l'intéressée ainsi que de celles de Madame I., de Madame AC. et de Madame Q. et du remboursement de l'indu que le grief est établi.

L'attestation non datée de l'intéressée, selon laquelle elle aurait été intimidée lors de son audition par le SECM, est contredite par le fait qu'il est expressément mentionné que son audition du 4 juin 2015, au demeurant en présence de sa fille, s'est déroulée sans aucun événement particulier et, par conséquent, ne change rien à ce qui précède.

Pour Madame O., il résulte des déclarations de l'intéressée et de Madame Q. et du remboursement de l'indu que le grief est établi.

Madame A. reconnaît d'ailleurs, lors de son audition du 12 octobre 2015, qu'il est possible que, certains jours, le soin d'hygiène n'a pas été fait.

Pour Monsieur AE., il résulte du dossier infirmier et de la déclaration de Madame AC. en date du 6 octobre 2015 que le grief est établi.

Pour Monsieur AF. et pour Madame AG., il résulte des déclarations de Madame AC. et de Madame Q. et du remboursement de l'indu que le grief est établi.

Comme énoncé précédemment, le fait que des soins aient été prescrits par un médecin n'implique pas qu'ils aient été effectués.

Pour Monsieur AH., il résulte des déclarations de Madame AC. et de Madame Q. et du remboursement de l'indu que le grief est établi.

Pour Monsieur AI., il résulte des déclarations de Madame Q. et du remboursement de l'indu que le grief est établi.

Grief n° 2 - Honoraires forfaitaires et soins d'hygiène portés en compte alors que la toilette n'est pas complète

Pour Monsieur AB., il résulte des déclarations de l'intéressé, ainsi que de celles de Madame I., de Madame AC. et de Madame Q. et du remboursement de l'indu, que le grief est établi.

Pour Monsieur W., il résulte des déclarations de Madame AC. et de Madame Q. et du remboursement de l'indu que le grief est établi.

L'attestation du 13 juin 2017 de Madame X. (sœur de l'intéressé), qui est dressée plus de trois ans après la période infractionnelle et dans des conditions de fiabilité moindres que celles offertes par les auditions réalisées par le SECM, ne change rien à ce qui précède.

Pour Monsieur AJ., il résulte des déclarations de l'intéressé, ainsi que de celles de Madame T., de Madame I. et de Madame Q. et du remboursement de l'indu, que le grief est établi.

Pour Madame AK., il résulte des déclarations de l'intéressé ainsi que de celles de Madame AC. et de Madame Q. et du remboursement de l'indu que le grief est établi.

Tant les attestations du 13 juin 2017 de Madame AL. et du 13 juin 2017 de Madame AM., dans la mesure où elles ne confirment pas le caractère complet des soins d'hygiène (outre le fait qu'elles présentent un caractère tardif qui nuit à leur fiabilité), que le carnet qui est produit par Madame A. plus de quatre ans après la période litigieuse, qui n'avait jamais été évoqué précédemment et qui apparaît dès lors suspect, ne changent rien à ce qui précède.

Pour Monsieur AH., il résulte des déclarations de Madame Q. et du remboursement de l'indu que le grief est établi.

Grief n° 3 - Dossier infirmier incomplet

Pour Madame AK., il résulte des déclarations de l'intéressé, ainsi que de celles de Madame AC. et de Madame Q. et du remboursement de l'indu, que le grief est établi.

Les dossiers qui sont produits par Madame A. près de trois ans après la demande initiale, sans que des circonstances constitutives d'un cas de force majeure justifiant la communication tardive de ces documents ne soient démontrées, dans la mesure où ils ne présentent pas la même fiabilité que s'ils avaient été remis immédiatement lors de l'enquête, ne changent rien à ce qui précède.

Grief n° 4 - Attestation non conforme de soins de plaie complète

Pour Monsieur AN., il résulte des déclarations de Madame Q. et du remboursement de l'indu que le grief est établi.

La prescription du 13 décembre 2013, attribuée au Docteur AO., qui, au demeurant, est produite tardivement, dans la mesure où elle comporte des signes de surcharge évidents au niveau de la date de fin des soins, ainsi qu'une écriture et une signature différentes de celles du Docteur AO., ce qui est de nature à altérer complètement sa force probante, ne change rien à ce qui précède.

Pour Madame AP., dès lors qu'il n'est pas possible d'attester un soin de plaie complexe quand il y a deux plaies simples, le grief est établi.

Grief n° 5 - Dossier infirmier incomplet

Pour Madame H., le grief n'est pas contesté par Madame A.

Pour Monsieur AN., il résulte des déclarations de Madame A. lors de son audition en date du 12 octobre 2015 que le grief est établi.

Grief n° 6 - Soins effectués par un tiers non habilité

Il ressort du dossier que Madame A. a porté en compte des prestations effectuées par une aide-soignante, en l'occurrence Madame T.

En règle générale, il est interdit de facturer des soins réalisés par une aide-soignante ; si le législateur a rendu fait le choix de rendre une telle facturation possible, à titre exceptionnel, moyennant certaines conditions, il convient de respecter strictement celles-ci, ce qui n'est nullement le cas de Madame A. (cf. article 8, § 3, de la nomenclature), en manière telle que le grief est établi.

C'est en vain que Madame A. rejette la responsabilité sur l'UCM, puisque c'est elle-même qui a porté les sommes litigieuses en compte ; au demeurant, il lui est loisible, si elle le souhaite, d'intenter une action en responsabilité contre l'UCM.

Grief n° 7 - Surscorage de l'état de dépendance physique

Pour Madame K., il résulte des déclarations de celle-ci et des constatations des enquêteurs que le grief est établi.

(3) Réparation

Tous les griefs sont établis.

La Chambre de recours estime en conséquence que l'indu doit être remboursé solidairement par Madame A. et la S.P.R.L. C.

Il y a donc lieu de confirmer la décision de la Chambre de première instance du 19 avril 2018, sous l'émendation qu'en date du 10 octobre 2019, c'est une somme totale de (25.000 euros durant la première instance + 17.000 euros durant l'instance d'appel =) 42.000 euros qui a été remboursée par Madame A. et la S.P.R.L. C.⁸

(4) Sanctions

Les infractions ont été commises librement et consciemment par Madame A., sans que celle-ci ne démontre avoir été victime d'une erreur invincible ou d'une ignorance invincible.

La Chambre de recours considère que des amendes doivent être infligées à Madame A., tant pour le grief de prestations non effectuées que pour les griefs de prestations non conformes.

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

- la gravité des infractions, eu égard à la violation de la législation afférente à l'assurance soins de santé, a fortiori dans le chef d'un acteur fondamental de la sécurité sociale, soit un dispensateur de soins ;
- le nombre élevé d'infractions ;
- 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 78.805,54 euros ;
- l'ampleur de la période litigieuse, qui s'étend du 2 mai 2013 au 31 octobre 2014 ;
- l'existence d'un remboursement volontaire partiel à concurrence de 42.000 euros ;
- l'absence d'antécédents dans le chef de Madame A.

⁸ Cf. précisions fournies par le SECM lors de l'audience du 10 octobre 2019.

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 et l'amende de 100 % du montant de la valeur des prestations indues pour les prestations non conformes constituent des sanctions proportionnées par rapport aux infractions et adéquates en fonction des éléments relevés ci-avant, pour autant qu'elles soient assorties d'un sursis qui porte sur un quart de leurs montants respectifs durant un délai d'épreuve de trois ans.

(5) Délais de paiement

Compte tenu des délais dont Madame A. et la S.P.R.L. C. ont déjà bénéficié, eu égard au déroulement de la procédure en première instance et en degré d'appel, pour régler, ne fût-ce qu'à titre conservatoire, les sommes qui leur étaient réclamées, la Chambre de recours n'accède pas à la demande de délais de paiement.

(6) 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^{er}, 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 19 avril 2018 de la Chambre de première instance.

4.4. 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^{er}, 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^{er}, 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^{er}, 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 l'appel.

Dit que l'appel est fondé uniquement dans la mesure déterminée ci-après.

Confirme la décision de la Chambre de première instance du 19 avril 2018 (rôle général n° FA-004-17), sous la double émendation suivante :

- en date du 10 octobre 2019, c'est une somme totale de 42.000 euros qui a été remboursée par Madame A. et la S.P.R.L. C. ;
- l'amende de 150 % du montant de la valeur des prestations indues pour les prestations non effectuées et l'amende de 100 % du montant de la valeur des prestations indues pour les prestations non conformes sont assorties d'un sursis qui porte sur un quart de leurs montants respectifs durant un délai d'épreuve de trois ans.

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, Monsieur Edgard PETERS 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