

DECISION DE LA CHAMBRE DE RECOURS DU 2 AOUT 2023
FB-009-22

EN CAUSE DE : **Monsieur A.**

Et B. SPRL

Groupement avec un n° INAMI tiers payant (infirmiers, sages-femmes e.a.)

Parties appelantes, représentées par Maître C., avocat et Maître D., avocat.

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

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

1. PROCEDURE

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

- le recours de Monsieur A. et de la S.P.R.L. B., formé le 9 juin 2022 ;
- les conclusions en réponse du SECM ;
- les convocations, en prévision de l’audience du 15 juin 2023 ;
- les pièces déposées par Monsieur A. et de la S.P.R.L. B. lors de l’audience du 15 juin 2023.

Lors de l’audience du 15 juin 2023, la Chambre de recours entend les parties.

2. OBJET DE L’APPEL - PRETENTIONS DES PARTIES

Monsieur A. et la S.P.R.L. B. interjettent appel de la décision du 5 mai 2022 de la Chambre de première instance (rôle général n° FA-008-21).

Elles demandent à la Chambre de recours de :

- déclarer l’appel recevable et fondé ;
- annuler la décision de suspension du tiers payant pour une période de douze mois pour les prestations introduites au remboursement par Monsieur A. et la S.P.R.L. B.

Le SECM demande à la Chambre de recours de confirmer la décision du 5 mai 2022.

3. FAITS ET ANTECEDENTS

Il résulte des pièces du dossier et des explications fournies par les parties lors de l'audience du 15 juin 2023 que la situation factuelle et les antécédents de la procédure administrative se présentent comme suit.

Dans une décision du 9 juin 2021, ci-après qualifiée de décision litigieuse, le Fonctionnaire-Dirigeant déclare qu'il existe des indices graves, précis et concordants de fraude relatifs à la facturation à l'assurance soins de santé en tiers payant de Monsieur A. et du groupement B. et ordonne, conformément à l'article 77sexies de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, la suspension totale des paiements par les organismes assureurs dans le cadre du régime du tiers payant pour une période de douze mois pour les prestations introduites au remboursement par Monsieur A. et le groupement B.

Par requête du 20 juillet 2021, Monsieur A. et la S.P.R.L. B. contestent la décision du 9 juin 2021 devant la Chambre de première instance.

Dans une décision du 5 mai 2022, la Chambre de première instance :

- déclare le recours irrecevable car tardif ;
- surabondamment, le déclare non fondé, en déboute Monsieur A. et la S.P.R.L. B. et confirme intégralement la décision litigieuse.

En date du 9 juin 2022, Monsieur A. et la S.P.R.L. B. interjettent appel de la décision du 5 mai 2022.

4. POSITION DE LA CHAMBRE DE RECOURS

4.1. Recevabilité de l'appel

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, dans sa version en vigueur avant le 1^{er} mai 2023.

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

L'action ne peut être admise si le demandeur n'a pas qualité et intérêt pour la former, selon l'article 17 du Code judiciaire.

b) En l'espèce

Introduit dans le délai légal et les conditions réglementaires, l'appel est recevable.

4.2. Fondement de l'appel

a) En droit

I. Suspension des paiements par les organismes assureurs

Dans le cadre des dispositions « *concernant la lutte contre la fraude* », l'article 77sexies de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, dans sa version applicable à l'époque des faits, dispose que :

“S'il existe des indices graves, précis et concordants de fraude dans le chef d'un dispensateur de soins au sens de l'article 2, n, les paiements par les organismes assureurs à ce dispensateur de soins et/ou à l'entité qui organise la perception des sommes dues par l'assurance obligatoire soins de santé, dans le cadre du régime du tiers payant peuvent être suspendus, totalement ou partiellement, pour une période maximale de 12 mois.

Chaque organisme assureur ou assuré social peut communiquer ces indices au Service d'évaluation et de contrôle médicaux, qui peut également agir de sa propre initiative. Si un organisme assureur communique des indices au Service d'évaluation et de contrôle médicaux, il les communique simultanément aux autres organismes assureurs.

Le Fonctionnaire-dirigeant du Service d'évaluation et de contrôle médicaux, ou le fonctionnaire désigné par lui, notifie les faits sur lesquels se basent les indices au dispensateur de soins par lettre recommandée, qui est censée être reçue le troisième jour ouvrable après remise aux services de la Poste. Il invite le dispensateur de soins à lui transmettre par lettre recommandée ses moyens de défense dans un délai de quinze jours.

Après l'examen des moyens de défense, ou en l'absence de moyens de défense reçus dans le délai imparti, le Fonctionnaire-dirigeant ou le fonctionnaire désigné par lui, prend sa décision. S'il décide de suspendre les paiements, il

détermine la durée de la période de suspension. Il détermine également si la suspension est totale ou partielle.

La décision exécutoire du Fonctionnaire-dirigeant ou du fonctionnaire désigné par lui, est motivée. Elle est notifiée par lettre recommandée au dispensateur de soins et prend effet, nonobstant appel, le troisième jour ouvrable qui suit celui où le pli a été remis aux services de la Poste. Copie de la décision est simultanément notifiée aux organismes assureurs.

Un appel non suspensif peut être formé devant la Chambre de première instance instituée auprès du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'Institut conformément à l'article 144.

La suspension prend fin de plein droit si, dans un délai de 12 mois à compter de la décision, aucun procès-verbal de constat n'est établi.

Si un procès-verbal de constat est établi, les prestations dont la date se situe durant la période de suspension, ne peuvent être payées par les organismes assureurs dans le régime du tiers payant, jusqu'à la décision définitive sur le fond du dossier¹.

Le régime mis en place par la disposition précitée s'inscrit dans une logique de prévention et a un caractère temporaire et conservatoire : « *S'il existe des indices graves, précis et concordants de fraude en rapport avec les prestations tarifées par un dispensateur de soins au sens de l'article 2 n, qui pourraient provoquer une récupération à charge de ce dispensateur de soins, il est nécessaire que le Service d'Evaluation et de Contrôle médicaux de l'Institut puisse **prendre des mesures temporaires et conservatoires pour préserver les intérêts financiers du système**. Les paiements dans l'assurance obligatoire soins de santé via le régime tiers payant doivent pouvoir être suspendus temporairement s'il y a des indices graves, précis et concordants de fraude, comme visés aux articles 232 et suivants du Code pénal social, dans le chef du dispensateur de soins au sens de l'article 2 n. Quand la fraude suspectée émane d'une institution de soins ou d'un dispensateur de soins, les organismes assureurs s'informent les uns les autres et informent le Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'institut de ces soupçons. Le processus de tarification lui-même ne doit pas être arrêté, seuls les paiements sont suspendus. **Cette suspension temporaire totale ou partielle des paiements permet de vérifier très soigneusement si oui ou non les prestations ont été facturées à bon droit.** Pendant la période de suspension temporaire, la mutualité peut, en collaboration avec le Service d'évaluation et de contrôle médicaux, organiser une enquête plus précise à charge du dispensateur de soins, de l'institution de soins, pendant que les paiements sont temporairement gelés. **Il s'agit d'une mesure provisoire, limitée dans le temps, qui évite d'éventuels futurs paiements indus** »¹ {la Chambre de recours met en gras}.*

¹ Ch., Doc. parl., DOC 53 3349/001, pp. 64-65.

Les directives du 19 avril 2017 portant exécution de l'article 13bis, § 2, 6°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (M.B., 15 septembre 2017) fixent les contours de de la notion d'"indices graves, précis et concordants" visée à l'article 77sexies de la loi précitée, dans les termes suivants :

“1. Généralités

L'article 77sexies de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (ci-après : « loi ASSI ») prévoit la suspension temporaire des paiements par les organismes assureurs dans le cadre du régime du tiers payant s'il existe des "indices graves, précis et concordants de fraude" dans le chef d'un dispensateur de soins.

En vertu de l'article 13bis, § 2, 6°, de la loi ASSI, la Commission Anti-Fraude élabore des directives afin de tracer les contours de la notion d'"indices graves, précis et concordants".

Cette directive vise à définir les contours de la notion d'« indices graves, précis et concordants de fraude » dans le sens de l'article 77sexies, alinéa premier de la loi ASSI.

Il ne faut en l'occurrence pas perdre de vue que l'objectif du législateur est d'instaurer une mesure provisoire permettant d'éviter d'éventuels futurs montants indus (Exposé des motifs, Ch. repr., sess. 2013-2014, Doc 53 3349/001, p. 65).

2. Définition des notions

2.1. La notion d'"indice"

Un indice de fraude est un élément matériel, concret et vérifiable qui permet au Service d'évaluation et de contrôle médicaux (ci-après : « SECM ») de raisonnablement fonder un soupçon de fraude, ce qui est différent d'une preuve. En effet, il serait contraire à la volonté du législateur d'imposer au SECM de prouver au préalable ce qu'il entend précisément établir sur la base d'une instruction complémentaire. Il ne ressort pas du texte de l'article 77sexies de la loi ASSI que le SECM devrait disposer de faits connus ou de constatations qui prouvent la fraude.

Les indices ne doivent pas nécessairement apparaître au cours de l'instruction menée par le SECM chez le dispensateur de soins : ils peuvent aussi résulter d'une autre investigation menée par le SECM ou de renseignements reçus par le SECM d'autres services de l'INAMI ou de tiers (un organisme assureur, tout assuré social, les Offices de tarification, tous les services de l'Etat, y compris les parquets et les greffes des cours et de toutes les juridictions, des provinces, des communes, des associations dont elles font partie, des institutions publiques qui en dépendent, ainsi que toutes les institutions publiques et les institutions coopérantes de sécurité sociale, autres personnes privées que celles mentionnées ci-avant...).

Les indices dans le chef des dispensateurs de soins peuvent porter sur les attestations de soins donnés et factures introduites qui font l'objet de la procédure de suspension.

2.2. La notion de "grave"

Il doit s'agir de faits graves, comme par exemple une série de prestations non effectuées. Il doit s'agir à chaque fois d'un élément crédible, concret et vérifiable. Des données concrètes concernant une facturation indue importante renforcent la gravité ; cela peut également être le cas pour des séries d'infractions en matière de conformité.

Les indices ne doivent pas être des faits prouvés, mais ne peuvent pas non plus reposer sur de vagues suppositions. Ils doivent être suffisamment crédibles. Il doit s'agir à chaque fois d'un élément crédible, concret et vérifiable, mais les éléments matériels et intentionnels de la fraude ne doivent pas être prouvés.

2.3. La notion de "fraude"

Les travaux parlementaires font référence, concernant la notion de "fraude", aux articles 232 et suivants du Code Pénal Social (Chambre, sess. 2013-2014, doc. 53, 3349/001, p. 65, www.lachambre.be). La "fraude" implique la malveillance, le dol et la malhonnêteté, avec la volonté de causer un dommage ou de se procurer un avantage financier ou d'en procurer un à un tiers et cela au détriment de l'assurance obligatoire de soins de santé (Cass. 3 octobre 1997, Arr. Cass. 1997, 918, Pas. 1997, I, 962. Voir : J. VELU, conclusion pour Cass. 13 juin 1985, Pas. 1985, I, 1300 ; H. DE PAGE, Traité élémentaire de droit civil belge, I, p. 72, n° 55.). Il s'agit d'une question de faits. De simples négligences, des erreurs matérielles, des irrégularités commises de bonne foi, etc. ne relèvent pas de cette notion.

Les indices de fraude ne doivent pas spécifiquement avoir un lien avec le régime du tiers payant pour que la mesure puisse être appliquée.

2.4. La notion de "précis"

Les indices doivent être précis. Le SECM doit par conséquent être en état d'indiquer d'une façon motivée et précise pourquoi il estime disposer d'indices de fraude dans un dossier concret. Il n'est pas nécessaire que la notification mentionne d'une façon précise de quelles intentions de nuire il s'agit. Il suffit que les indices de fraude soient mentionnés avec précision.

2.5. La notion de "concordant"

Il ne suffit pas que le SECM dispose d'un seul indice grave et précis de fraude pour pouvoir appliquer le mécanisme de l'article 77sexies de la loi AMI. Plusieurs indices non contradictoires doivent être trouvés.

2.6. La notion "dans le chef d'un dispensateur de soins"

Selon la loi, les indices de fraude doivent exister dans le chef d'un dispensateur de soins au sens de l'article 2, n), de la loi ASSI. L'article 2, n), de la loi ASSI définit la notion "dispensateur de soins" comme suit : "les praticiens de l'art de guérir, les kinésithérapeutes, les praticiens de l'art infirmier, les auxiliaires paramédicaux, 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 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 obligatoire soins de santé".

3. Liste d'exemples :

Les exemples suivants peuvent être repris sous la notion d'"indices graves et précis de fraude" :

- *La présentation de documents ou d'écrits comportant une omission, une altération ou des inscriptions fictives en vue d'obtenir un remboursement indu de l'assurance soins de santé ;*
- *La présentation de documents ou d'écrits rédigés à l'insu de la personne mentionnée dans le document ;*
- *Des infractions identiques ou comparables commises à plusieurs reprises, comme par exemple la facturation des prestations non effectuées, a fortiori lorsqu'un dispensateur de soins a déjà été condamné définitivement par le Fonctionnaire dirigeant du SECM, la Chambre de première instance, la Chambre de recours, par un organe disciplinaire ou par toute autre juridiction ;*
- *Le dispensateur de soins n'a pas adapté sa pratique malgré des constatations antérieures faites concernant le même type de prestations ;*
- *Le dispensateur de soins organise son insolvabilité dans le but de se soustraire à ses obligations à l'égard de l'assurance soins de santé ;*
- *Le dispensateur de soins utilise tout moyen pour contourner une mesure d'interdiction d'application du régime du tiers payant ou une mesure de suspension des paiements dans le cadre du régime du tiers payant ;*
- *Les prestations facturées à l'assurance soins de santé paraissent invraisemblables au regard, par exemple, du temps nécessaire pour pouvoir effectuer ces prestations ;*
- *Les données de facturation indiquent des cumuls interdits pour un montant important ;*
- *Les données concernant une pharmacie dont le SECM dispose font apparaître que, pour un montant important, les mêmes codes-barres uniques ont été lus plusieurs fois ;*
- *Des éléments qui portent à croire qu'il existe un accord secret entre dispensateurs de soins ou entre un dispensateur de soins et l'assuré, au détriment de l'assurance soins de santé ;*
- *Facturation des mêmes prestations en paiement direct et en tiers payant pour un montant important ;*
- *L'entrave au contrôle des documents dont la tenue et la conservation sont prévues par la réglementation".*

Le Fonctionnaire-dirigeant du Service d'évaluation et de contrôle médicaux, ou le fonctionnaire désigné par lui, prend les décisions dans le cadre de la procédure de suspension des paiements par les organismes assureurs dans le cadre du régime du tiers payant, lorsqu'il existe des indices graves, précis et concordants de fraude, conformément aux dispositions de l'article 77sexies, selon l'article 143, § 5, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

Dans la notification de la décision du fonctionnaire dirigeant du Service d'évaluation et de contrôle médicaux ou du fonctionnaire désigné par lui, il est mentionné qu'à peine d'irrecevabilité, un recours peut être introduit devant les Chambres de première instance dans le mois à compter de la notification de la décision, selon l'article 156, § 3, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

En vertu de l'effet libératoire de la force majeure, un délai imparti par la loi pour l'accomplissement d'un acte est prorogé en faveur de la partie qu'un cas de force majeure a mise dans l'impossibilité d'accomplir cet acte pendant tout ou partie de ce délai ; celui-ci étant suspendu pendant que la force majeure existe, il recommence à courir lorsque la force majeure cesse d'exister².

Le fait qu'un dysfonctionnement a pu avoir lieu au sujet de la distribution du courrier et, par corollaire, l'existence raisonnable d'un doute quant à la correcte notification d'un acte de procédure ont pour effet que la tardiveté d'un acte de procédure subséquent ne peut être sanctionnée³.

Une réclamation introduite auprès de BPost concernant la distribution d'un pli est de nature à permettre au requérant de se prévaloir d'un cas de force majeure⁴.

Dès lors que la partie adverse - l'autorité administrative - démontre avoir envoyé un courrier et que le requérant n'apporte pas le moindre commencement de preuve qu'il ne l'a pas reçu, la notification de l'acte attaqué, à laquelle la partie adverse a procédé, est établie à suffisance⁵.

II. Droit au procès équitable

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

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

La Cour de cassation a également reconnu, en matière pénale, le principe général du droit à un procès équitable⁶.

² Cass. (1^e ch.), 13 janvier 2012, rôle n° C.11.0091.F, <https://juportal.be>.

³ C.E., arrêt n° 250.385 du 22 avril 2021.

⁴ C.E., arrêt n° 233.685 du 2 février 2016. C.E., arrêt n° 250.804 du 7 juin 2021. C.E., arrêt n° 255.387 du 23 décembre 2022. C.E., arrêt n° 255.763 du 10 février 2023.

⁵ C.E., arrêt n° 232.163 du 11 septembre 2015.

⁶ Cass., 15 décembre 2004, *J.T.*, 2005, p. 5. Cass., 7 novembre 2012, rôle n° P.12.1711.F, <https://juportal.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, Anthemis, 2006, p. 120.

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.

III. Principe de proportionnalité

Le principe de proportionnalité est un principe général en matière de limitations des droits fondamentaux, en manière telle que ces limitations sont soumises à trois conditions : les restrictions aux droits fondamentaux doivent être adéquates pour atteindre le but légitime poursuivi, elles doivent être nécessaires pour atteindre ce but (exigence du moyen le moins intrusif) et, enfin, elles doivent être proportionnées, ce qui implique une mise en balance des intérêts en cause ; il doit ainsi exister un équilibre raisonnable entre, d'une part, la protection des libertés et droits fondamentaux individuels et, d'autre part, l'intérêt sociétal qui est servi par la limitation⁷.

b) En l'espèce

Il n'est pas établi que le pli recommandé, avec accusé de réception, contenant la décision du 9 juin 2021 du Fonctionnaire-Dirigeant, a été valablement présenté tant au domicile de Monsieur A. qu'au siège social de la S.P.R.L. B.

En effet, il ne résulte d'aucun élément que l'épouse de Monsieur A. et que le préposé à l'accueil du business center où se situe le siège social de la S.P.R.L. B., auxquels les plis ont été remis, étaient mandatés à ces fins par les parties en question.

A défaut de notification régulière de la décision du Fonctionnaire-Dirigeant, le délai de recours n'a pas commencé à courir.

Il en résulte que le recours de Monsieur A. et la S.P.R.L. B., introduit par requête du 20 juillet 2021, n'est pas tardif.

Dans ces conditions, la Chambre de recours réforme la décision du 5 mai 2022, en ce que la Chambre de première instance déclare le recours irrecevable car tardif.

Par ailleurs, alors que les indices graves, précis et concordants de fraude, tels que repris à la fois dans la décision du 9 juin 2021 du Fonctionnaire-Dirigeant et dans la décision du 5 mai 2022 de la Chambre de première instance et auxquels la Chambre de recours se réfère également, sont bel et bien présents et justifient la suspension totale des paiements par les organismes assureurs dans le cadre du régime du tiers payant pour une période de douze mois pour les prestations introduites au remboursement par Monsieur A. le groupement B., force est de constater que les arguments relatifs à l'irrégularité de la procédure, soulevés par ceux-ci, manquent de fondement.

⁷ C.E., arrêt n° 252.564 du 28 décembre 2021.

Premièrement, le moyen relatif à un procès inéquitable n'est pas justifié.

Monsieur A. et le groupement B. ne démontrent pas une quelconque atteinte par rapport aux droits de la défense, au principe *audi alteram partem*, au délai raisonnable ou encore à l'impartialité de l'INAMI.

Le fait que deux procès-verbaux de constat ont été dressés le 30 juillet 2020 n'empêche nullement que l'enquête puisse se poursuivre et que des mesures conservatoires, à l'image de la décision du 9 juin 2021 du Fonctionnaire-Dirigeant, soient prises au cours de ladite enquête.

Monsieur A. et au groupement B. avaient le droit d'accéder non pas à l'intégralité du dossier mais à l'intégralité des pièces ayant mené à la décision litigieuse, ce qui a été respecté.

Si des problèmes techniques se sont présentés, cela n'a nullement porté préjudice à Monsieur A. et au groupement B., puisque le point de départ du délai pour conclure a été retardé à la date de l'envoi complet, à leur conseil, des pièces attestant l'existence d'indices de fraude dans leur chef.

Monsieur A. et le groupement B. ont pu faire valoir leurs moyens de défense. Il s'ensuit que les droits de la défense et le principe *audi alteram partem* n'ont pas été violés.

C'est sans aucun élément probant que Monsieur A. et le groupement B. subodorent que l'enquête aurait débuté en 2016⁸.

La Chambre de recours observe, d'une part, que deux procès-verbaux de constat ont été dressés le 30 juillet 2020, d'autre part, que l'enquête s'est poursuivie et a conduit aux procès-verbaux du 10 mai 2022 et du 28 juin 2022 constatant que Monsieur A. et au groupement B. ont porté en compte de l'assurance obligatoire soins de santé des prestations non effectuées ou non conformes pour un montant total de 1.844.436,40 euros.

Or, la décision a été prise en date du 9 juin 2021 par le Fonctionnaire-Dirigeant.

Il s'ensuit que le délai raisonnable n'a pas été violé.

Le fait d'avoir exposé les antécédents de Monsieur A. n'enlève pas à l'INAMI son impartialité, d'autant que les parties intéressées reconnaissent que ladite présentation est faite « *sans en tirer de conclusions* »⁹.

En tout état de cause, il ne résulte d'aucun élément que l'INAMI aurait fait preuve de partialité, que ce soit durant l'enquête ou dans le cadre de la procédure administrative.

⁸ Cf. page 10 de la requête d'appel.

⁹ Cf. page 14 de la requête d'appel.

Monsieur A. et le groupement B. n'apportent pas la preuve de ce que l'INAMI aurait fait preuve d'« *acharnement* »¹⁰ à leur rencontre ou aurait mis en œuvre une « *procédure abusive* »¹¹.

Il s'ensuit que l'impartialité de l'autorité administrative n'a pas été violée.

Deuxièmement, le moyen relatif au caractère disproportionné de la mesure n'est pas davantage justifié.

Comme énoncé ci-avant, les indices graves, précis et concordants de fraude, tels qu'ils sont requis par l'article 77*sexies* de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, sont présents.

L'allégation selon laquelle la décision litigieuse constitue une « *sanction déguisée* »¹² n'est pas démontrée.

La décision litigieuse rencontre l'impératif de proportionnalité, eu égard aux indices de fraude présents dans le dossier.

Il s'ensuit que le principe de proportionnalité n'a pas été violé.

Dans ces conditions, la Chambre de recours confirme la décision du 5 mai 2022, en ce que la Chambre de première instance déclare le recours non fondé, en déboute Monsieur A. et la S.P.R.L. B. et confirme intégralement la décision litigieuse.

4.3. Exécution provisoire

a) En droit

Les décisions de la Chambre 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.

b) En l'espèce

La présente décision est exécutoire de plein droit par provision.

¹⁰ Cf. page 15 de la requête d'appel.

¹¹ Cf. page 16 de la requête d'appel.

¹² Cf. page 17 de la requête d'appel.

POUR CES MOTIFS,

LA CHAMBRE DE RECOURS,

Reçoit l'appel.

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

Réforme la décision du 5 mai 2022, en ce que la Chambre de première instance déclare le recours irrecevable car tardif.

Dit que le recours de Monsieur A. et la S.P.R.L. B., formé devant la Chambre de première instance contre la décision du 9 juin 2021 du Fonctionnaire-Dirigeant, est recevable.

Confirme la décision du 5 mai 2022, en ce que la Chambre de première instance déclare le recours non fondé, en déboute Monsieur A. et la S.P.R.L. B. et confirme intégralement la décision litigieuse.

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 de l'INAMI, composée de :

Monsieur Christophe BEDORET, président, Madame Jacqueline ORBAN et Monsieur Claude DECUYPER, membres présentés par les associations représentatives des praticiens de l'art infirmier, le Docteur Francine PROFILI et le Docteur Eric VAN UYTVEN, membres présentés par les organismes assureurs.

La présente décision est prononcée à l'audience du 2 août 2023 par Monsieur Christophe BEDORET, président, assisté de Madame Caroline METENS, greffière.

MÉTENS Caroline
Greffière

BEDORET Christophe
Président