

## DECISION DE LA CHAMBRE DE RECOURS DU 15 DECEMBRE 2022

Numéro de rôle FB-001-21

EN CAUSE DE : **Monsieur A.**, infirmier gradué, faisant élection de domicile au cabinet de son conseil à... ;

**S.A. B.**, faisant élection de domicile au cabinet de son conseil à ... ;

Parties appelantes, représentées par Maître C. substituant Maître D., avocat à...

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 ;

Représenté 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 :

- la requête et les pièces (inventoriées et numérotées de 1. à 13.) de Monsieur A. et de la S.A. B., entrées au greffe le 27 avril 2021 ;
- les conclusions en réponse du SECM ;
- les conclusions en réplique et les pièces (inventoriées et numérotées de 1. à 14.) de Monsieur A. et de la S.A. B. ;
- les convocations, en prévision de l'audience du 24 mars 2022.

Lors de l'audience du 24 mars 2022, la Chambre de recours entend les parties.

### **2. OBJET DE L'APPEL - PRETENTIONS DES PARTIES**

Monsieur A. et la S.A. B. interjettent appel de la décision du 18 mars 2021 de la Chambre de première instance (rôle général n° FA-017-19).

Ils demandent à la Chambre de recours de :

- dire la requête recevable et fondée ;
- réformer la décision dont appel en ce qu'il y a lieu de :
  - à titre principal :
    - déclarer le premier grief non établi ;
    - déclarer le deuxième grief non établi ;
    - prendre acte de ce que le troisième grief n'est pas contesté ;

- dire qu'aucune amende n'est due par Monsieur A. ;
- o à titre subsidiaire, si par impossible, la Chambre de recours déclare les griefs établis, quod non, alors :
  - dire que les amendes à charge de Monsieur A. seront portées jusqu'au minimum légal ;
  - accorder à Monsieur A. le sursis le plus large ;
  - dire que Monsieur A. et la S.A. B. s'acquitteront des sommes dues selon les modalités suivantes : pour Monsieur A., à concurrence de 500 euros par mois ; pour la S.A. B., à concurrence de 7.000 euros par mois.

Le SECM demande à la Chambre de recours de confirmer la décision de la Chambre de première instance du 18 mars 2021.

### **3. FAITS ET ANTECEDENTS**

Il résulte des pièces du dossier et des explications fournies par les parties lors de l'audience du 24 mars 2022 que la situation factuelle et les antécédents de la procédure administrative se présentent comme suit.

Monsieur A. obtient son diplôme d'infirmier gradué en 1996.

Il crée, en 2000, la S.P.R.L. G., dont il est le gérant et qui devient, en 2006, la S.A. B., dont il est l'administrateur-délégué.

Il résulte du procès-verbal de l'assemblée générale spéciale du 24 septembre 2018 de la S.A. B., déposé en date du 3 décembre 2018 au greffe du Tribunal de l'entreprise ..., que la dénomination commerciale de cette société est H.<sup>1</sup>.

A la suite d'une enquête menée par le SECM, au sein de deux institutions (A.S.B.L. ... ; A.S.B.L. ..., à ...), des procès-verbaux de constat sont dressés le 19 janvier 2018 (l'un à charge de Monsieur A., l'autre à charge de la S.A. B.) et le 25 juin 2018 (l'un à charge de Monsieur A., l'autre à charge de la S.A. B.).

---

<sup>1</sup> Cf. BCE...

Dans une note de synthèse, le SECM formule, envers Monsieur A., les griefs suivants :

- grief n° 1 : grief de « prestations non effectuées », constitutif de l'infraction visée à l'article 73*bis*, 1°, 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), s'agissant de 17.938 prestations reprises à l'article 8, § 1<sup>er</sup>, 3° et 3°*bis*, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, pour un indu de 406.308,22 euros ;
- grief n° 2 : grief de « prestations non conformes », constitutif de l'infraction visée à l'article 73*bis*, 2°, 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 soins de santé et indemnités, dans ses arrêtés et règlements d'exécution, dans les conventions et accords conclus en vertu de cette même loi), s'agissant de 5.096 prestations reprises à l'article 8, § 3, 5°, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, pour un indu de 76.028,84 euros ;
- grief n° 3 : grief de « prestations non conformes », constitutif de l'infraction visée à l'article 73*bis*, 2°, 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 soins de santé et indemnités, dans ses arrêtés et règlements d'exécution, dans les conventions et accords conclus en vertu de cette même loi), s'agissant de 10.913 prestations reprises à l'article 8, § 1<sup>er</sup>, 1° et 2°, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, d'une utilisation inappropriée de codes de la nomenclature des prestations de santé, pour un indu de 82.553,78 euros.

La période des attestations litigieuses s'étend du 1<sup>er</sup> janvier 2015 au 31 décembre 2016.

Par requête, entrée le 29 octobre 2019 au greffe de la Chambre de première instance, le SECM entreprend une procédure administrative contre Monsieur A. et la S.A. B. (rôle général n° FA-017-19).

Dans une décision du 18 mars 2021, la Chambre de première instance :

- déclare la demande du SECM, à l'égard de Monsieur A., recevable et fondée dans la mesure déterminée ci-après ;
- dit pour droit que les éléments matériels constitutifs des infractions visées à l'article 73*bis*, 1° et 2°, de la loi ASSI, sont établis dans le chef de Monsieur A. ;
- déclare établis les griefs formulés pour tous les cas repris dans la note de synthèse ;
- condamne solidairement Monsieur A. et la S.A. B. au remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé, soit la somme totale de 564.890,84 euros (article 142, §1<sup>er</sup>, 1° et 2°, de la loi ASSI) ;
- constate que la somme de 40.553,78 euros a été remboursée au 28 janvier 2021 ;
- condamne Monsieur A. au paiement d'une amende administrative s'élevant à 200 % du montant de la valeur des prestations indues relatives au 1<sup>er</sup> grief (406.308,22 euros), soit la somme de 812.616,44 euros ;
- condamne Monsieur A. au paiement d'une amende administrative s'élevant à 150 % du montant de la valeur des prestations indues relatives aux griefs 2 et 3 (158.582,62 euros), soit la somme de 237.873,93 euros ;
- dit qu'à défaut de paiement des sommes dues par Monsieur A. et la S.A. B. dans les trente 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, § 1<sup>er</sup> de la loi ASSI, seront dus de plein droit, à compter de l'expiration du délai précité.

Par courriers du 22 mars 2021, cette décision est notifiée aux parties.

Par requête, entrée le 23 avril 2021 au greffe de la Chambre de recours, Monsieur A. et la S.A. B. interjettent appel de la décision du 18 mars 2021.

#### **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.

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.

La qualité est le pouvoir en vertu duquel une personne exerce l'action en justice<sup>2</sup>.

La partie au procès qui se prétend titulaire d'un droit subjectif a, nonobstant une contestation quant à ce droit, la qualité requise pour que sa demande puisse être reçue ; l'examen de l'existence et de la portée du droit subjectif que cette partie invoque ne relève pas de la recevabilité mais du fondement de la demande<sup>3</sup>.

Comme il ressort des travaux préparatoires du Code judiciaire<sup>4</sup>, l'action doit être formée, sous peine d'irrecevabilité, contre la personne qui a qualité pour y répondre et non contre la personne qui est étrangère au litige<sup>5</sup>.

L'appel ne peut être dirigé que contre une partie dont on était l'adversaire en première instance et en la qualité en laquelle elle avait été mise à la cause ; il importe donc qu'un lien d'instance ait été noué en première instance<sup>6</sup>.

---

<sup>2</sup> G. DE LEVAL, *Éléments de procédure civile*, Bruxelles, Larcier, 2005, 2<sup>e</sup> éd., p. 24. D. MOUGENOT, *Principes de droit judiciaire privé*, Bruxelles, Larcier, 2009, p. 114.

<sup>3</sup> Cass. (1<sup>e</sup> ch.), 26 janvier 2017, rôle n° C.16.0291.F, <http://jure.juridat.just.fgov.be>.

<sup>4</sup> Rapport Van Reepinghen, *Pasin.*, 1967, III, p. 322.

<sup>5</sup> A. DECROES, « Le défaut de qualité du défendeur et l'erreur dans la mention de son identité : irrecevabilité versus nullité », *J.T.*, 27/2009, p. 515. B. ALLEMEERSCH et S. RYLANDT, « Régime des fins de non-recevoir tirées du défaut d'intérêt ou de qualité », (dir.) H. BOULARBAH et J.-F. VAN DROOGHENBROECK, *Les défenses en droit judiciaire*, Bruxelles, Larcier, 2010, p. 174. C.C., 19 septembre 2014, rôle n° 5714, <http://www.const-court.be>.

<sup>6</sup> G. DE LEVAL, *Droit judiciaire - Tome 2 - Manuel de procédure civile*, Bruxelles, Larcier, 2015, pp. 775-776.

L'intérêt requis pour l'introduction d'une demande consiste en tout avantage, matériel ou moral, que le demandeur peut retirer de la demande au moment où il la forme<sup>7</sup>.

L'intérêt doit être né et actuel, selon l'article 18, alinéa 1, du Code judiciaire.

Il doit également être légitime<sup>8</sup>, concret, personnel et direct<sup>9</sup>.

L'intérêt à agir s'apprécie en fonction du moment où la demande est introduite<sup>10</sup>.

L'appel interjeté ne peut viser à obtenir une modification de certains motifs défavorables qui, à défaut de lien nécessaire avec le dispositif, n'ont pas l'autorité de chose jugée.

En revanche, si un motif bénéficie de l'autorité de chose jugée, qu'il s'agisse d'un motif décisoire ou d'un motif décisif, et s'il cause un grief à une partie, celle-ci peut interjeter appel de la décision, même si le dispositif ne lui porte pas préjudice<sup>11</sup>.

#### b) En l'espèce

L'appel de Monsieur A. et de la S.A. B. est introduit dans le délai légal et respecte les modalités réglementaires.

L'appel est recevable.

### **4.2. Fondement**

#### a) En droit

##### I. Infraction

Il est interdit aux dispensateurs de soins et assimilés, de rédiger, faire rédiger, délivrer ou faire délivrer 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 73bis, 1°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

<sup>7</sup> G. DE LEVAL, *Eléments de procédure civile*, Bruxelles, Larcier, 2005, 2<sup>e</sup> éd., p. 17. D. MOUGENOT, *op. cit.*, p. 109.

<sup>8</sup> Cass. (1<sup>e</sup> ch.), 10 octobre 2013, rôle n° C.12.0274.N, <http://jure.juridat.just.fgov.be>. Cass. (1<sup>e</sup> ch.), 28 novembre 2013, rôle n° C.13.0166.N, <http://jure.juridat.just.fgov.be>. Cass. (2<sup>e</sup> ch.), 15 septembre 2015, rôle n° P.14.0561.N, <http://jure.juridat.just.fgov.be>.

<sup>9</sup> G. DE LEVAL, *op. cit.*, p. 18. D. MOUGENOT, *op. cit.*, p. 110.

<sup>10</sup> Cass., 4 décembre 1989, *Pas.*, 1990, p. 414. Cass. (1<sup>e</sup> ch.), 24 avril 2003, <http://jure.juridat.just.fgov.be>.

<sup>11</sup> A. DECROES, « Recevabilité de l'appel : qualité et intérêt », note sous Cass., 24 avril 2003, *R.C.J.B.*, 2004, p. 383.

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 ne satisfont pas aux conditions prévues dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, dans ses arrêtés et règlements d'exécution, dans les conventions et accords conclus en vertu de cette même loi, selon l'article 73bis, 2°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, dans la version en vigueur à l'époque des faits.

Les infractions visées dans la disposition précitée relèvent des infractions non intentionnelles, lesquelles ne reposent pas sur 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 cependant être retenues comme causes de justification que pour autant qu'elles soient invincibles, c'est-à-dire lorsqu'il peut se déduire des circonstances que l'auteur de l'infraction a agi comme l'aurait fait toute personne raisonnable et prudente<sup>12</sup>.

La complexité de la législation en vigueur ne peut toutefois être source d'une erreur invincible<sup>13</sup>.

De plus, le prestataire de soins, auquel incombe un devoir de vigilance, doit s'informer sur la manière d'attester et de prescrire les soins qu'il dispense<sup>14</sup>.

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

---

<sup>12</sup> Cass. (1<sup>er</sup> ch.), 16 septembre 2005, rôle n° C.040276.F, <http://jure.juridat.just.fgov.be>.

<sup>13</sup> C. HENNEAU et J. VERHAEGEN, *Droit pénal général*, Bruylant, Bruxelles, 1991, p. 338.

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

## II. Réparation - Sanction

Le remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé et une amende administrative comprise entre 50 % et 200 % du montant du remboursement sont appliqués aux dispensateurs de soins et assimilés qui ne se conforment pas aux dispositions de l'article 73bis, 1°, selon l'article 142, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1, 1°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

Le remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé et une amende administrative comprise entre 5 % et 150 % du montant du remboursement sont appliqués aux dispensateurs de soins et assimilés qui ne se conforment pas aux dispositions de l'article 73bis, 2°, selon l'article 142, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1, 2°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

Lorsque les prestations ont été perçues, pour son propre compte, par une personne physique ou morale, celle-ci est solidairement tenue au remboursement avec le dispensateur de soins, selon l'article 164, alinéa 2, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

Le fait que la valeur des prestations indûment attestées ait été remboursée n'empêche pas qu'une amende équivalente à un pourcentage de la valeur des mêmes prestations puisse être infligée au dispensateur de soins.

La Chambre de recours peut décider qu'il sera sursis, en tout ou en partie, à l'exécution des décisions infligeant les amendes, selon l'article 157, § 1, alinéa 1, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

L'octroi du sursis est par conséquent laissé à l'appréciation de la Chambre de recours.

Le sursis, d'une durée d'une à trois années, peut être accordé lorsque dans les trois ans précédant le prononcé, aucune amende administrative n'a été infligée et qu'aucun remboursement de prestations indues n'a été imposé à l'intéressé par une instance administrative ou juridictionnelle instituée au sein ou auprès de l'INAMI, selon l'article 157, § 1, alinéa 2, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

## III. 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, de l'ancien 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, de l'ancien 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<sup>er</sup>, alinéa 2, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

Le taux d'intérêt légal en matière sociale est fixé à 7 %, même si les dispositions sociales renvoient au taux d'intérêt légal en matière civile et pour autant qu'il n'y soit pas explicitement dérogé dans les dispositions sociales, selon l'article 2, § 3, alinéa 1, de la loi du 5 mai 1865 relative au prêt à intérêt.

Le taux d'intérêt légal en matière sociale, visé à l'article 2, § 3, de la loi du 5 mai 1865, s'applique, quel que soit le fondement de l'action en répétition, au remboursement par l'organisme percepteur de sommes qui lui ont été payées indûment à titre de cotisations de sécurité sociale<sup>15</sup>.

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<sup>er</sup>, alinéa 1, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

b) En l'espèce

En ce qui concerne le premier grief, celui-ci est établi.

Il ressort du dossier, notamment des déclarations de deux travailleurs de la S.A. B., que les prestations litigieuses n'ont pas été effectuées ou n'ont pu être effectuées par un préposé de la S.A. B.

---

<sup>15</sup> Cass. (3<sup>e</sup> ch.), 6 janvier 2014, rôle n° S.12.0067.F, [www.terralaboris.be](http://www.terralaboris.be).

Monsieur I., infirmier salarié de la S.A. B., travaillant au sein de ..., dans les unités de vie « ... » et « ... », déclare en date du 8 août 2017 : « (...)

- *je fais des toilettes, douches ou bains : j'en fais en moyenne 5 par jour. Tous les pensionnaires sont à laver. S'il manque du personnel au sein de ... (éducateurs), je peux être amené à faire 6 toilettes (douches-bains), c'est un maximum. Je dois faire les toilettes dans le temps qui m'est imparti, car à partir de 10h, tous les résidents doivent être lavés, étant donné qu'ils commencent leurs soins de kiné, leurs activités...*
- *je suis seul en tant qu'infirmier dans le pavillon, il n'y a pas d'aide-soignant pour m'aider (...)*
- *(...) J'effectue en moyenne 5 soins d'hygiène le matin et 6 soins d'hygiène (rafraîchissement) le soir. Rafraîchissement = visage, aisselles, toilette intime, change. Parfois, le matin, je peux être amené à faire 1 soin d'hygiène en plus, si il manque des éducateurs. Cela arrive souvent le week-end, en semaine, c'est très rare. (...)* ».

Madame J., infirmière salariée de la S.A. B., travaillant au sein de ..., dans les unités de vie « ... » et « ... », déclare en date du 8 août 2017 : « (...)

*Je fais des toilettes : 3 au ... et 3 aux ... par matinée de soins. Je lave ceux qui ont plus besoin de soins. Quand ces 3 toilettes sont faites, j'ai donc le temps pour faire mes autres activités. Les autres résidents sont lavés par les éducateurs. (...)*  
*Je ne lave pas les mêmes résidents chaque jour. J'assure seule la toilette complète des résidents et les éducateurs aussi sont seuls pour assurer les toilettes dont ils ont la charge. Chaque matin, j'assure la toilette de 3 résidents du côté « ... » et 3 résidents côté « ... ». (...)*  
*Exceptionnellement, il se peut que dans l'unité « ... », j'effectue 4 toilettes sur la matinée au lieu de 3 mais c'est rare. Il est convenu que pour 10h les toilettes soient finies. (...)* ».

Monsieur I. reconnaît, à deux reprises, n'exécuter au maximum que 6 toilettes complètes, par jour ; il précise également qu'elles sont effectuées avant 10h du matin et que les éducateurs exécutent les autres toilettes.

Madame J. reconnaît, également à deux reprises, n'exécuter au maximum que 7 toilettes complètes, par jour ; elle précise aussi qu'elles sont effectuées avant 10h du matin et que les éducateurs exécutent les autres toilettes.

Leurs déclarations sont précises et, de surcroît, concordantes.

Au demeurant, des toilettes incomplètes ne peuvent être attestées.

Il résulte de ce qui précède que toutes les prestations, supérieures au total journalier de 6 toilettes pour Monsieur I. et au total journalier de 7 toilettes pour Madame J., n'ont pas été effectuées (par leurs soins) et ne pouvaient être attestées.

Par ailleurs, les éléments invoqués par la S.A. B., notamment la convention passée entre la S.A. B. et ..., laquelle ne reflète pas nécessairement la réalité des prestations effectuées sur le terrain, et les déclarations ultérieures de Monsieur I. et de Madame J.<sup>16</sup>, alors que leurs déclarations initiales du 8 août 2017 ne peuvent être écartées pour un quelconque motif et, pour le surplus, ont été faites avant les procès-verbaux de constat, c'est-à-dire à une période non suspecte, contrairement à leurs déclarations ultérieures, de sorte que la valeur probante de ces dernières est moins importante, ne confèrent nullement à la Chambre de recours la conviction que cela modifie le constat qui précède et que le grief ne serait pas établi.

En ce qui concerne le deuxième grief, celui-ci est établi.

Alors que les honoraires ne sont pas dus, en application de l'article 8, § 3, 5°, de la nomenclature des prestations de santé lorsque le dossier infirmier ne comporte pas le contenu minimal visé dans l'article 8, § 4, 2°, de la nomenclature des prestations de santé, à savoir :

- les données d'identification du bénéficiaire ;
- l'échelle d'évaluation, chaque fois que la nomenclature l'exige ;
- le contenu de la prescription, chaque fois que la nomenclature l'exige ;
- les données d'identification du prescripteur, chaque fois que la nomenclature l'exige ;
- 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 ;
- la mention relative à la continence, chaque fois que la nomenclature l'exige ;
- la planification des soins ;
- l'évaluation des soins.

La planification et l'évaluation des soins doivent répondre, au niveau de leur contenu et de leur fréquence, à la circulaire n° 2012/01, qui est libellée dans les termes suivants : « (...)

*Le plan de soin comprend au minimum la fréquence des différents actes infirmiers qui doivent être exécutés, y compris le moment recommandé. Si besoin est, des instructions supplémentaires sur l'adaptation des soins à la personne sont mentionnées. Le planning d'une précédente période peut être confirmé ou prolongé, adapté ou cessé.*

*L'évaluation du soin presté est réalisée sur base des observations constatées. Ces observations sont consignées au moment de l'exécution du soin. Il est également important de définir les observations indispensables que l'infirmier doit réaliser et de connaître les scores des différents items de l'échelle d'évaluation relative à la dépendance qui est utilisée. L'évaluation du soin résulte de la confirmation ou de la prolongation, de l'adaptation ou de la cessation du plan de soins, ou de la révision des problèmes du patient.*

---

<sup>16</sup> Cf. pièces 5 et 12 de Monsieur A. et de la S.A. B.

*Les éléments relevant concernant la planification et l'évaluation doivent être mentionnées au moins toutes les deux semaines (...) ».*

S'il est exact que la tenue du dossier infirmier n'est pas liée à des conditions de forme (le dossier automatisé est autorisé), il n'en demeure pas moins que ce dossier doit être centralisé, de façon à permettre un accès direct à l'ensemble des informations pertinentes, et ne peut être constitué de pièces éparses.

Il ressort du dossier que les dossiers infirmiers, qui, comme exposé ci-avant, devaient se présenter dans un document centralisé, étaient, malgré les dénégations de Monsieur A., incomplets, et ce à plusieurs égards (identification aléatoire des soins infirmiers ; identification aléatoire des dispensateurs de soins ; absence de l'échelle d'évaluation ; absence de la planification des soins ; absence de l'évaluation des soins).

Dans leurs conclusions, Monsieur A. et la S.A. B. admettent d'ailleurs, au sujet du dossier infirmier, que « *ce document n'était pas toujours complété de manière rigoureuse* » et ajoutent, sans que cet élément puisse pallier au manque de conformité, eu égard à la nécessité d'un document centralisé, que « *les informations permettant la traçabilité des soins figurent dans d'autres documents* », à savoir « *les horaires de travail* », « *les planifications nominatives* » et les « *cahier de liaison nursing, plans des soins* » ; pour le surplus, si l'existence d'un plan de soins est évoquée dans la convention passée entre la S.A. B. et ..., et si celle d'un carnet de liaison et d'un plan de soins est évoquée par Madame K., directrice de ..., dans un courriel du 16 janvier 2021, force est de constater que les documents en question ne sont nullement produits pour les années 2015 et 2016.

En ce qui concerne le troisième grief, celui-ci est établi, d'autant qu'il n'est pas contesté par Monsieur A. et qu'il a déjà fait l'objet d'un remboursement.

Il y a lieu donc lieu de confirmer la décision du 18 mars 2021, en ce que la Chambre de première instance dit pour droit que les éléments matériels constitutifs des infractions visées à l'article 73*bis*, 1° et 2°, de la loi ASSI, sont établis dans le chef de Monsieur A., déclare établis les griefs formulés pour tous les cas repris dans la note de synthèse et condamne solidairement Monsieur A. et la S.A. B. au remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé, soit la somme totale de 564.890,84 euros (article 142, §1<sup>er</sup>, 1° et 2°, de la loi ASSI).

En ce qui concerne les amendes, la Chambre de recours estime qu'il convient de les infliger à Monsieur A. pour chacun des griefs, y compris pour le troisième grief au sujet duquel l'élément moral est présent, nonobstant les dénégations de l'intéressé, dans la mesure où les faits, qui consistent en un encodage non conforme de prestations sont punissables par le seul fait de la transgression de dispositions réglementaires, et dans la mesure où il n'est pas démontré que ladite transgression n'a pas été commise librement et consciemment ; la circonstance, invoquée par Monsieur A., selon laquelle il s'agit d'une « *erreur*

*commise par le personnel en charge de l'encodage des prestations* »<sup>17</sup>, laquelle n'est, au demeurant, pas établie, ne modifie en rien ce qui précède, puisque l'intéressé est l'auteur des attestations portées en compte.

Dans son appréciation des amendes administratives et du sursis, 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 volume particulièrement 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 564.890,84 euros ;
- l'ampleur de la période litigieuse, qui s'étend du 1<sup>er</sup> janvier 2015 au 31 décembre 2016 ;
- le nombre moyen de griefs - un grief de prestations non effectuées et deux griefs de prestations non conformes - qui sont établis ;
- l'existence d'un antécédent dans le chef de Monsieur A. ;
- l'existence d'aveux et d'un remboursement volontaire pour le troisième grief.

Il en résulte que la Chambre de recours considère que des amendes respectives de 175 % du montant de la valeur des prestations indues pour les prestations non effectuées (grief n° 1) et de 125 % du montant de la valeur des prestations indues pour les prestations non conformes (griefs n° 2 et 3), moyennant un sursis qui porte sur 25 % du montant de la valeur des prestations indues pour les prestations non effectuées et pour les prestations non conformes (griefs n° 1, 2 et 3), durant un délai d'épreuve de trois ans, constituent des sanctions proportionnées par rapport aux infractions et adéquates en fonction des éléments relevés ci-avant.

Enfin, si le plan d'apurement proposé par Monsieur A. est insuffisant, car il ne permet pas de rembourser les sommes dues dans un délai raisonnable, celui qui est proposé par la S.A. B. peut être entériné sous l'émendation que chaque versement mensuel doit être effectué au plus tard pour le 5 du mois et que l'absence de respect d'une seule mensualité rendra exigible, de plein droit, la totalité du solde.

Dans ces conditions, l'appel est fondé dans la mesure déterminée ci-après.

La Chambre de recours confirme la décision du 18 mars 2021, en ce que la Chambre de première instance :

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

---

<sup>17</sup> Cf. page 13 des conclusions en réponse de Monsieur A.

- déclare établis les griefs formulés pour tous les cas repris dans la note de synthèse ;
- condamne solidairement Monsieur A. et la S.A. B. au remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé, soit la somme totale de 564.890,84 euros (article 142, §1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup> et 2<sup>o</sup>, de la loi ASSI) ;
- dit qu'à défaut de paiement des sommes dues par Monsieur A. et la S.A. B. dans les trente 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, § 1<sup>er</sup> de la loi ASSI, seront dus de plein droit, à compter de l'expiration du délai précité.

La Chambre de recours réforme la décision du 18 mars 2021, en ce que la Chambre de première instance :

- condamne Monsieur A. au paiement d'une amende administrative s'élevant à 200 % du montant de la valeur des prestations indues relatives au 1<sup>er</sup> grief (406.308,22 euros), soit la somme de 812.616,44 euros ;
- condamne Monsieur A. au paiement d'une amende administrative s'élevant à 150 % du montant de la valeur des prestations indues relatives aux griefs 2 et 3 (158.582,62 euros), soit la somme de 237.873,93 euros.

La Chambre de recours condamne Monsieur A. au paiement d'une amende administrative s'élevant à 175 % du montant de la valeur des prestations indues relatives au grief n° 1 (406.308,22 euros), soit à la somme de 711.039,38 euros, moyennant un sursis qui porte sur 25 % du montant de la valeur des prestations indues relatives au grief n°1 (406.308,22 euros), soit sur la somme de 101.577,05 euros, durant un délai d'épreuve de trois ans.

La Chambre de recours condamne Monsieur A. au paiement d'une amende administrative s'élevant à 125 % du montant de la valeur des prestations indues relatives au grief n° 2 (76.028,84 euros), soit à la somme de 95.036,05 euros, moyennant un sursis qui porte sur 25 % du montant de la valeur des prestations indues relatives au grief n° 2 (76.028,84 euros), soit sur la somme de 19.007,21 euros, durant un délai d'épreuve de trois ans.

La Chambre de recours condamne Monsieur A. au paiement d'une amende administrative s'élevant à 125 % du montant de la valeur des prestations indues relatives au grief n° 3 (82.553,78 euros), soit à la somme de 103.192,22 euros, moyennant un sursis qui porte sur 25 % du montant de la valeur des prestations indues relatives au grief n° 3 (82.553,78 euros), soit sur la somme de 20.638,44 euros, durant un délai d'épreuve de trois ans.

La Chambre de recours dit que la S.A. B. s'acquittera des sommes dues à concurrence de 7.000 euros par mois, au plus tard pour le 5 de chaque mois et sous la réserve que l'absence de respect d'une seule mensualité rendra exigible, de plein droit, la totalité du solde.

### **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<sup>er</sup>, alinéa 1, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

Dans le cas où le débiteur ne s'acquitte pas des sommes dues, les organismes assureurs en application de l'article 206*bis*, § 1<sup>er</sup>, ou l'Administration générale de la perception et du recouvrement en application de l'article 206*bis*, § 2, peuvent être chargés du recouvrement des montants dus, selon l'article 156, § 1<sup>er</sup>, alinéa 3, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

#### b) En l'espèce

La présente décision est exécutoire de plein droit par provision.

\*\*\*

**POUR CES MOTIFS,**

**LA CHAMBRE DE RECOURS,**

Reçoit l'appel.

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

Confirme la décision du 18 mars 2021, en ce que la Chambre de première instance :

- déclare la demande du SECM, à l'égard de Monsieur A., recevable et fondée dans la mesure déterminée ci-après ;
- dit pour droit que les éléments matériels constitutifs des infractions visées à l'article 73*bis*, 1<sup>o</sup> et 2<sup>o</sup>, de la loi ASSI, sont établis dans le chef de Monsieur A. ;
- déclare établis les griefs formulés pour tous les cas repris dans la note de synthèse ;
- condamne solidairement Monsieur A. et la S.A. B. au remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé, soit la somme totale de 564.890,84 euros (article 142, §1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup> et 2<sup>o</sup>, de la loi ASSI) ;
- dit qu'à défaut de paiement des sommes dues par Monsieur A. et la S.A. B. dans les trente 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, § 1<sup>er</sup> de la loi ASSI, seront dus de plein droit, à compter de l'expiration du délai précité.

Réforme la décision du 18 mars 2021, en ce que la Chambre de première instance :

- condamne Monsieur A. au paiement d'une amende administrative s'élevant à 200 % du montant de la valeur des prestations indues relatives au 1<sup>er</sup> grief (406.308,22 euros), soit la somme de 812.616,44 euros ;
- condamne Monsieur A. au paiement d'une amende administrative s'élevant à 150 % du montant de la valeur des prestations indues relatives aux griefs 2 et 3 (158.582,62 euros), soit la somme de 237.873,93 euros.

Condamne Monsieur A. au paiement d'une amende administrative s'élevant à 175 % du montant de la valeur des prestations indues relatives au grief n° 1, soit à la somme de 711.039,38 euros, moyennant un sursis qui porte sur 25 % du montant de la valeur précitée précité, soit sur la somme de 101.577,05 euros, durant un délai d'épreuve de trois ans.

Condamne Monsieur A. au paiement d'une amende administrative s'élevant à 125 % du montant de la valeur des prestations indues relatives au grief n° 2, soit à la somme de 95.036,05 euros, moyennant un sursis qui porte sur 25 % du montant de la valeur précitée, soit sur la somme de 19.007,21 euros, durant un délai d'épreuve de trois ans.

Condamne Monsieur A. au paiement d'une amende administrative s'élevant à 125 % du montant de la valeur des prestations indues relatives au grief n° 3, soit à la somme de 103.192,22 euros, moyennant un sursis qui porte sur 25 % du montant de la valeur précitée, soit sur la somme de 20.638,44 euros, durant un délai d'épreuve de trois ans.

Dit que la S.A. B. s'acquittera des sommes dues à concurrence de 7.000 euros par mois, au plus tard pour le 5 de chaque mois et sous la réserve que l'absence de respect d'une seule mensualité rendra exigible, de plein droit, la totalité du solde.

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 Claude DECUYPER et Monsieur Meidhi DALLATURCA, membres présentés par les associations représentatives des praticiens de l'art infirmier, le Docteur Fabienne EVELETTE et le Docteur Marie-Anne RAIMONDI, membres présentés par les organismes assureurs.

La présente décision est prononcée à l'audience du 15 décembre 2022 par Monsieur Christophe BEDORET, président, assisté de Madame Caroline METENS, greffier.

Caroline METENS  
Greffier

Christophe BEDORET  
Président