

DECISION DE LA CHAMBRE DE PREMIERE INSTANCE DU 19 JUIN 2023
FA-003-22

EN CAUSE DE : **Madame A.**
Infirmière brevetée

Et SCS B.

Comparaissant en personne et en sa qualité de gérante de la SCS B. ;

Partie appelante,

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 C. médecin-inspecteur et par Madame D., juriste ;

Partie intimée.

I. PROCEDURE

La Chambre de première instance a pris en considération dans son délibéré les pièces inventoriées du dossier de la procédure et notamment :

- la requête du 22 mars 2022, par laquelle Madame A. saisit la Chambre de première instance d’une contestation de la **décision du 22 février 2022 du Fonctionnaire-dirigeant** prise à l’égard de Madame A. et de la SCS B. et notifiée le 24 février 2022 ;
- les conclusions en réponse de l’INAMI déposées le 2 septembre 2022 ;
- les conclusions en réplique de Madame A. et la SCS B. ;
- la note de synthèse du SECM ;
- le dossier de pièces de Madame A. et la SCS B..

Les parties ont été entendues à l’audience du 9 mars 2023, à la suite de quoi la cause a été prise en délibéré.

La loi relative à l’assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 et 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 ont été respectés dans le cadre de la procédure.

II. OBJET DE LA DEMANDE

Par requête du 22 mars 2022, Madame A. et la SCS B. demandent l'annulation de la décision du **Fonctionnaire-dirigeant du SECM du 22 février 2022** par laquelle il :

- Déclare le grief établi ;
- Condamne solidairement Madame A. et la SCS B. à rembourser la valeur des prestations indues s'élevant à 22.598,73 euros ;
- Condamne Madame A. au paiement d'une amende administrative s'élevant à 25% du montant de la valeur des prestations indues, soit la somme de 5.649,68 euros (article 142, §1er, 2° de la loi SSI) ;
- Dit qu'à défaut de paiement des sommes dues dans les trente jours de la notification de la présente décision, des intérêts au taux légal en matière sociale, tel que prévu à l'article 2, §3, de la loi du 5 mai 1865 relative au prêt à intérêt, seront dus, de plein droit, à compter de l'expiration du délai précité.

III. FAITS

Madame A. est infirmière brevetée depuis 2004, et a adhéré à la convention depuis septembre 2004.

Elle est indépendante à titre principal et a constitué la SCS B. en septembre 2016.

Elle dispense des soins infirmiers à domicile.

Avant le 1^{er} avril 2019, les prestations étaient facturées via le numéro de tiers payant 48605116408.

Elle a créé le groupement « E. » en date du 1^{er} avril 2019, avec un n° de tiers payant différent. Madame A. est responsable et membre de ce groupement. Madame F. est membre du groupement du 1^{er} avril 2019 au 17 mai 2019. Madame G. est membre du groupement à partir du 7 juin 2019.

Le volume d'activités est le suivant :

Période	Nombre de prestations	remboursements
2020	13.419	181.151,80 €
2019	8.614	183.243,69 €
2018	8.644	195.707,29 €
2017	11.783	162.226,41 €
2016	10.953	148.012,39 €

Le SECM a adressé un courrier recommandé à Madame A. en date du 29 mai 2019 auquel elle n'a pas réagi. Un nouveau courrier recommandé lui a été adressé le 16 octobre 2019 signalant que, suite à l'absence de réponse au courrier du 29 mai 2019, les inspecteurs du SECM se rendaient chez elle, à ..., le 29 octobre 2019 à 11h30. Il lui était demandé d'être en possession de sa carte d'identité et des dossiers infirmiers de tous les patients qu'elle avait soignés entre le 1^{er} janvier 2017 jusqu'au jour de la visite. Il était précisé que les dossiers infirmiers devaient être complets, conformes aux dispositions de la nomenclature des prestations de santé, article 8. Le courrier rappelait l'obligation de collaboration de la part de la prestataire (article 150 de la loi relative à l'assurance soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 et extraits du code pénal social).

Madame A. a remis les dossiers demandés.

Dans le cadre de son enquête ayant abouti à la décision du Fonctionnaire-dirigeant du 22 mai 2022, le SECM a également demandé les listings informatiques aux unions nationales des organismes assureurs pour la période d'introduction aux OA pour la période du 1^{er} janvier 2019 au 31 août 2019.

Par ailleurs, il a été constaté que, en 2019, Madame A. obtenait 44,6% de lecture de type 1, 5,13% de lecture de type 2 et 50,27% de lecture de type 4 (lecture manuelle).

Après examen des 10 dossiers obtenus auprès de la prestataire de soins, le SECM a considéré que 9 d'entre eux ne répondaient pas au contenu minimal requis à l'article 8 de la nomenclature des soins de santé.

Un procès-verbal de constat daté du 27 juillet 2020 a été notifié à Madame A. et sa société par la voie postale recommandée en date du 28 juillet 2020.

Suite à l'envoi de ce PVC, le conseil de Madame A. a envoyé plusieurs e-mails et des pièces au SECM.

En date du 13 avril 2021, un courrier de rectification d'une erreur dans le PVC a été envoyé à Madame A. et sa société, par recommandé postal. Ce courrier modifie le montant du PVC : de 23.504,68 € et 669 prestations, l'indu porte alors sur 646 prestations pour un montant de 22.598,73 €. Chaque courrier contenait : la lettre de rectification de l'erreur dans le PVC et deux modèles d'IRV.

En date du 19 avril 2021, un courrier de rectification d'une erreur dans le PVC a été envoyé à Madame A. et sa société, par recommandé postal. Ce courrier modifie le montant du PVC : de 23.504,68 € et 669 prestations, l'indu porte alors sur 646 prestations pour un montant de 22.598,73 €. Chaque courrier contenait : la lettre de rectification de l'erreur dans le PVC et deux modèles d'IRV. Le courrier a été envoyé à la prestataire et sa société avec l'IRV adéquate.

En date du 22 avril 2021, le conseil de Madame A. a pris contact avec le service afin de spécifier que sa cliente n'était pas d'accord avec les prestations reprochées et demander à consulter le dossier de l'INAMI concernant sa cliente. Le service lui a répondu en date du 26 avril 2021.

Le 22 février 2022, le Fonctionnaire-dirigeant a pris la décision contestée.

IV. DISCUSSION

IV.1. Principes

L'article 73bis de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (ci-après dénommé la loi ASSI) prévoit que :

« Sans préjudice d'éventuelles poursuites pénales et/ou disciplinaires et nonobstant les dispositions des conventions ou des accords visés au Titre III, il est interdit aux dispensateurs de soins et assimilés, sous peine des mesures énoncées à l'article 142, § 1er :

(...)

2° de rédiger, faire rédiger, délivrer ou faire délivrer les documents réglementaires précités 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 et/ou lorsque des prestations visées à l'article 34 ont été prescrites durant une période d'interdiction temporaire ou définitive d'exercice de la profession (...) »

Le dispensateur de soins qui porte en compte à l'assurance soins de santé des prestations non conformes (article 73bis, 2°) est sujet au remboursement de la valeur des prestations concernées, conformément à l'article 142, §1er, 1° et 2°, de la loi ASSI.

Il suffit que les éléments matériels constitutifs d'une infraction « *conformité* », basée sur l'article 73bis de la loi ASSI, soient établis pour entraîner une obligation de remboursement de l'indu, sans qu'un élément moral (être animé d'une volonté délictueuse, ne pas faire preuve de bonne foi, agir librement et consciemment, etc.) ne soit requis.

En ce qui concerne les modalités de remboursement de l'indu en application de l'article 142, l'article 164, alinéa 2 de la loi ASSI prévoit que :

*« En régime du tiers payant, les prestations de l'assurance soins de santé payées indûment sont remboursées par le dispensateur de soins qui ne s'est pas conformé aux dispositions légales ou réglementaires. **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.** (...)* »

IV.2. Application en l'espèce

IV.2.1. Le grief reproché (basé sur l'article 73bis, 2° de la loi ASSI) : prestations de soins non conformes – dossiers infirmiers incomplets

Le SECM reproche à Madame A. et la SCS B. la tenue non conforme de 9 dossiers infirmiers au motif qu'ils ne reprennent pas le contenu minimal mentionné à l'article 8 de la NPS.

Ce grief concerne 9 assurés pour 646 prestations, pour la période de prestations du 1^{er} janvier 2019 au 25 juillet 2019 et d'introduction à l'OA du 28 février 2019 au 31 août 2019, à concurrence d'un indu total de 22.598,73 €.

IV.2.2. Principes concernant la tenue du dossier infirmier

Selon l'article 8 § 3 de la NPS, "**Aucuns honoraires ne sont dus : [...]**" 5° lorsque le dossier infirmier mentionné dans cet article n'existe pas ou si le contenu minimal décrit au § 4, 2° de cet article n'est pas mentionné dans ce dossier."

L'article 8, § 4 de la NPS contient les précisions relatives aux prestations visées à la rubrique I du § 1er, 1°, 2°, 3°, 3°bis et 4°:

1° La prestation de base, visée à la rubrique I, A du § 1er, 1°, 2°, 3°, 3°bis et 4° comprend:

- l'observation globale du bénéficiaire ;
- le planning et l'évaluation des soins ;
- l'accompagnement sanitaire du bénéficiaire et de son entourage ;
- la tenue complète d'un dossier infirmier ;
- les frais de déplacement, excepté les frais supplémentaires de déplacement en région rurale, sauf pour les prestations de base visées à la rubrique I, A du § 1er, 3°, 3°bis et 4°." "A.R. 27.3.2012" (en vigueur 1.6.2012) " .

2° Le contenu minimal du dossier infirmier comporte au moins :

- les données d'identification du bénéficiaire ;
- l'échelle d'évaluation telle que prévue au § 5 chaque fois que la nomenclature l'exige ;
- le contenu de la prescription telle que prévue au § 2 (copie ou transcription de la prescription en cas de dossier automatisé) 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 visée au § 6, 4°, chaque fois que la nomenclature l'exige.

Lorsque les soins infirmiers dispensés au bénéficiaire comportent des **prestations techniques**, décrites à la rubrique I, B du § 1er, 1°, 2°, 3°, 3°bis et 4° de cet article, le contenu minimal du dossier infirmier comporte alors, en plus des éléments du premier alinéa de cette disposition, également :

- la planification des soins ;
- l'évaluation des soins.

Les éléments relevant concernant la planification et l'évaluation des soins mentionnées dans l'alinéa précédent doivent être mentionnés au moins tous les deux mois dans le dossier infirmier.

Lorsque les soins infirmiers dispensés au bénéficiaire comportent **des soins de plaie(s) complexes**, décrits au § 8, 1° de cet article, ou lorsque les soins sont dispensés dans le cadre des honoraires forfaitaires par journée de soins pour **des patients lourdement dépendants**, décrits à la rubrique II du § 1er, 1°, 2°, 3° et 3°bis de cet article, le contenu minimal du dossier infirmier comporte alors, en plus des éléments des deux premiers alinéas de cette disposition, également :

- le dossier soins de plaie(s) spécifiques visé au § 8, 5°, chaque fois que la nomenclature l'exige. Dans les hypothèses visées à l'alinéa 4, par dérogation à l'alinéa 3, les éléments relevant concernant la planification et l'évaluation des soins mentionnées dans le deuxième alinéa doivent être mentionnés au moins toutes les deux semaines dans le dossier infirmier."

La tenue du dossier n'est pas liée à des conditions de forme (le dossier automatisé est autorisé). Sans préjudice des délais de conservation imposés par d'autres législations, **le dossier infirmier doit être conservé pendant une période d'au moins cinq ans.** Le dossier infirmier d'un bénéficiaire peut être tenu à jour conjointement par plusieurs praticiens de l'art infirmier, mais chacun d'eux demeure responsable de la tenue à jour des éléments du dossier relatifs aux soins qu'il a dispensés."

La Directive du 23 mai 2011 concernant le contenu de la planification et de l'évaluation précise que 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.

IV.2.3. Discussion des 9 cas

1° Monsieur H.

➤ Position du SECM

Le SECM considère qu'il n'y a pas de planification mentionnée au moins toutes les deux semaines, ni l'identification des praticiens de l'art infirmier qui ont dispensé les soins.

Madame A. a remis au SECM une échelle d'évaluation datée du 26 juin 2018, valable jusqu'au 19 septembre 2018, une prescription ainsi qu'un « cahier de liaison », contenant la carte de visite de la prestataire, le médecin traitant de l'assuré, le traitement médicamenteux de celui-ci et des commentaires sur les soins, du 26 juin 2018 au 11 octobre, tels que « douche OK, insuline OK ».

Le SECM constate toutefois qu'il n'y a aucune planification des soins et qu'il n'y a aucun commentaire signé qui permet l'identification du prestataire ayant réalisé les soins.

➤ Position de Madame A.

Madame A. indique qu'elle se rendait elle-même chez Monsieur H. afin d'effectuer les soins nécessaires, raison pour laquelle elle ne mentionnait pas l'identification du prestataire de soins et qu'elle décrivait les soins effectués. Elle a également fourni à l'INAMI un carnet comprenant toutes les glycémies et insulines.

Elle a procédé à un tarif moyennant un forfait en raison de l'état de santé de Monsieur H., ayant besoin de soins quotidiens et souffrant de dépression, de diabète, d'alcoolisme et d'une altération de l'état général, de sorte qu'il ne se lavait plus, ne s'habillait plus et ne mangeait plus. Madame A. devait donc passer chez Monsieur H. deux à trois fois par jour.

Elle produit une attestation de la belle-fille de Monsieur H., Madame I. (Pièce n°12) : « *Par la présente, j'atteste être la belle-fille de Mr H. Mon époux et moi-même lui avons loué un de nos appartements suite au décès de son épouse. Mr H., ayant développé beaucoup de problème de santé, ne parvenait plus à se gérer de manière autonome. Nous avons donc pris la décision de nous en occuper. Nous connaissons Mme A. car nous avons déjà fait appel à ses services en tant qu'infirmière. Nous en étions fort contents. Suite à cela, mon époux et moi-même lui avons demandé de réaliser les soins auprès de mon beau-père. En effet, son état requérait des toilettes journalières, la gestion de la prise de médicaments, des injections d'insuline, ... L'état de santé de Mr H. s'étant amélioré, celui-ci a quitté notre appartement et vit actuellement chez son fils. Je tiens à souligner le sérieux et le professionnalisme dont a fait preuve Mme A.* ».

➤ Position de la Chambre de première instance

Les éléments produits par Madame A. ne permettent pas de remettre en cause les constatations du SECM : il n'y a pas de planification mentionnée au moins toutes les deux semaines, ni l'identification des praticiens de l'art infirmier qui ont dispensé les soins.

La nomenclature prévoit spécifiquement l'identification du prestataire. Il aurait dû y avoir une mention permettant d'identifier Madame A. comme un commentaire signé à côté des soins réalisés. Tel n'est pas le cas.

L'attestation de la belle-fille de Monsieur H. ne permet pas de prouver qu'il y avait l'identification du prestataire des soins facturés et la planification des soins.

Le grief est établi.

2° Monsieur J.

➤ Position du SECM

Le SECM considère qu'il n'y a pas d'évaluation des soins, ni de planification mentionnées au moins toutes les deux semaines.

Aucun dossier infirmier n'a été remis par Madame A. qui a fait valoir que les cahiers qu'elle tenait ont été jetés par la voisine de l'assuré lorsqu'il a changé de prestataire de soins. Seules des échelles d'évaluation ont été transmises par la prestataire dans son mail du 29 octobre 2019.

➤ Position de Madame A.

Elle indique tenir à jour des cahiers concernant les soins apportés et laisse ces cahiers chez le patient (Pièce n°3).

Monsieur J. n'avait pas de famille mais entretenait une bonne relation avec ses voisins, qui s'occupaient de lui. Sa voisine a souhaité changer de prestataire de soins, ne faisant plus appel à Madame A. Au moment de récupérer les cahiers qui se trouvaient chez Monsieur J., elle a constaté que ceux-ci avaient été jetés.

Monsieur J. avait besoin d'une aide pour se laver, s'habiller et manger, (voir échelle de Katz fournie à l'INAMI). Elle avait également mis en place des aides supplémentaires afin d'améliorer le quotidien de Monsieur J., à savoir une aide-ménagère, des repas à domicile, une aide familiale, etc.

Elle produit l'attestation de Madame K., assistante sociale étant en charge de Monsieur J. en collaboration avec Madame A. (Pièce n°15) : « *Mr [J.] est isolé (...) et sans famille. Mr n'ayant que l'aide de l'infirmière A., le Docteur en accord avec l'infirmière a demandé notre aide au domicile pour soutenir l'infirmière. Aide conjointe du 3/9/2015 → 2019. Monsieur J. (...). Aide familiale, tournante d'équipe, courses, ... Durant la période du 3/9/2015 jusqu'en 2019, j'atteste que c'est Madame A. qui intervenait en tant qu'infirmière* ».

➤ Position de la Chambre de première instance

Il est incontestable que Madame A. n'a produit aucun dossier infirmier pour Monsieur J. Seules les échelles de Katz ont été produites.

Madame A. ne peut rejeter la faute sur la voisine de Monsieur J., cette allégation n'étant par ailleurs nullement étayée, puisqu'il est de sa responsabilité de conserver les documents exigés par l'assurance soins de santé pendant 5 ans.

L'attestation d'une assistante sociale confirmant que des soins ont effectivement été apportés à Monsieur J. ne permet pas de remettre en cause l'absence de dossier infirmier.

Le grief est donc établi.

3° Madame L.

➤ Position du SECM

Le SECM constate qu'il n'y a pas d'évaluation des soins, ni de planification mentionnées au moins toutes les deux semaines.

En effet, aucun dossier infirmier n'a été remis par Madame A., lors de la visite du 29 octobre 2019 : elle leur a remis 4 prescriptions médicales pour des toilettes et deux échelles d'évaluation, soit 7 feuilles concernant cette assurée. D'autres échelles d'évaluation ont été transmises via le mail du 29 octobre 2019.

Dans le dossier « pièces » transmis par le conseil de Madame A., on retrouve des échelles d'évaluation, 1 prescription médicale pour des soins d'hygiène et la préparation des médicaments, 1 dossier infirmier composé de prescriptions médicales (1 pour la préparation des médicaments et une pour les soins d'hygiène), 3 documents justificatifs des soins à remettre à l'assurée, d'une fiche administrative, d'une fiche médicale, d'une fiche pour le traitement médicamenteux de l'assurée, de commentaires sur les soins à partir du 7 janvier 2019 (aucun n'est signé et ne permet l'identification du prestataire ayant réalisé les soins). Il est à noter que dans le dossier infirmier transmis par le conseil de Madame A., contient des commentaires d'un prestataire de soins en date du 30/02. Le commentaire porte sur l'envie de parler de l'assurée sur sa vie.

➤ Position de Madame A.

Madame L. souffrait d'agoraphobie (et en souffre toujours à l'heure actuelle), et a subi plusieurs traumatismes durant sa jeunesse, de sorte qu'elle a développé d'importantes séquelles psychologiques qui sont toujours présentes à ce jour (Pièce n°16).

Madame L. ne savait plus se déplacer ni se laver en raison de graves problèmes de santé dont elle souffrait, de sorte que des soins infirmiers étaient nécessaires (Pièce n°4). Cette patiente a également développé une obésité morbide, de sorte que sa mobilité en était grandement réduite. Elle souffre également d'une grave dépression, est victime d'incontinence urinaire et subit des crises d'angoisse régulières.

Les problèmes de santé de Madame L. sont repris dans les cahiers et documents fournis à l'INAMI, ce qui explique la facturation forfaitaire appliquée.

Madame A. produit l'attestation de la maman de Madame L. au sujet de son état de santé et des soins pratiqués (Pièce n°16). Madame L. a régulièrement des rendez-vous avec le psychologue et le psychiatre de la clinique qu'elle fréquente. Les nombreux soins effectués auprès de cette patiente sont notés dans le volet « santé mentale » et détaillés en raison de ses antécédents.

Madame A. indique qu'elle intervenait pour les soins infirmiers de Madame L., mais aussi sur un volet social en raison de sa maladie.

➤ Position de la Chambre de première instance

L'ensemble des éléments invoqués par Madame A. ne permet pas de remplacer le contenu minimal du dossier infirmier.

Ni l'état de santé de Madame L., ni le fait que Madame A. s'occupait du volet social de cette patiente n'exemptait Madame A. de tenir le dossier infirmier.

En l'absence du contenu minimal du dossier infirmier, les conditions de remboursement ne sont pas remplies.

Le grief est établi.

4° Monsieur M.

➤ Position du SECM

En l'espèce, le SECM constate qu'il n'y a pas d'évaluation des soins, ni de planification mentionnées au moins toutes les deux semaines, ni d'échelle d'évaluation, selon la fréquence exigée.

En effet, le 29 octobre 2019, lors de la visite du SECM, Madame A. a remis une échelle d'évaluation concernant cet assuré, datée du 15 mai 2019, valable jusqu'au 14 août 2019, soit une page.

Le dossier « Pièces » transmis par le conseil de Madame A. reprend des feuilles générées par le logiciel de facturation de la prestataire avec des commentaires pour les mois de janvier – février – mars – avril – mai – juin – juillet – août – septembre – octobre 2019. Il est à noter que la prestataire soigne le patient depuis au moins décembre 2018 et qu'aucune d'information relative à ce mois n'a été retrouvée dans le dossier infirmier.

➤ Position de Madame A.

Monsieur M. n'était pas le patient de Madame A. Elle a donc transmis le dossier tenu par l'autre infirmière qui s'occupe habituellement de Monsieur M. (Pièce n°5). Elle n'effectuait des remplacements qu'occasionnellement.

Madame A. a facturé ses prestations comme le fait habituellement l'infirmière en charge des soins de Monsieur M., ce qui explique la facturation en question. Il serait déloyal de tenir rigueur à Madame A. des erreurs administratives d'autrui.

➤ Position de la Chambre de première instance

Les mentions stipulées par la nomenclature doivent être respectées par le dispensateur qui effectue les soins. Peu importe qu'il s'agisse d'un remplacement. Pour la période pendant laquelle elle effectuait les soins, c'est Madame A. qui était responsable du dossier infirmier de ce patient. Or, ce dossier n'est pas conforme au prescrit de la réglementation.

Le grief est donc établi.

5° Madame N.

➤ Position du SECM

Il n'y a pas d'évaluation des soins, ni de planification mentionnées au moins toutes les deux semaines, ni l'enregistrement des symptômes, ni l'échelle de la douleur, ni les contacts avec la famille du patient, ni les résultats des réunions de coordination.

Madame A. n'a, par ailleurs, remis aucun dossier infirmier concernant cette assurée le 29 octobre 2019.

Dans le dossier « Pièces » remis par son conseil, ont été trouvées des prescriptions médicales, une feuille administrative avec les contacts de l'assurée et le numéro de téléphone de l'infirmière, des feuilles de cahier avec des commentaires infirmiers (TC – selles et urines – patch – mise au lit – mise au fauteuil), des commentaires des aides-familiales.

Le SECM a trouvé des dates mais ne savait pas à quelle année correspondent les dates signifiées. Le cahier se termine en date du 26/06. À sa suite, le SECM a trouvé 3 pages de « Récapitulatif des échelles de Katz », avec les noms de plusieurs assurés (dont celui de l'assurée) et les échelles de Katz leur correspondant. Ces récapitulatifs couvrent la période, pour ce qui concerne l'assurée, du 20/12/2018 au 19/09/2019. Il y a quelques notes laissées par le médecin dans le cahier mais aucun enregistrement des symptômes, aucune échelle de la douleur, les contacts avec la famille n'y sont pas notés. Le SECM n'y a trouvé aucun résultat de réunions de coordination, pas plus qu'une planification des soins. Madame A. n'a pas fourni de dossier concernant l'année 2018 alors qu'elle soignait déjà l'assurée dans le courant du mois de novembre 2018. L'assurée était alors déjà signalée comme « Forfait C palliatif ».

➤ Position de Madame A.

Madame A. explique que :

- Madame N. souffre d'Alzheimer.
- Elle a procédé à une facturation par honoraires forfaitaires en raison de la maladie de Madame N., celle-ci étant à un stade très avancé.
- Elle s'est contentée d'adresser les documents concernant la période visée par l'INAMI mais elle possède bien les documents nécessaires concernant Madame N. depuis le début de son intervention et les tient à disposition (Pièce n°6).
- Elle possède six ou sept dossiers concernant Madame N. (Pièce n°6).
- Il était difficile pour elle d'évaluer la douleur puisque la douleur se ressentait surtout par son comportement, ce qui est également le cas pour l'enregistrement des symptômes.
- Madame N. s'exprimait difficilement, perdant peu à peu l'usage de la parole.
- C'est grâce à la bonne collaboration des équipes d'aides familiales présentes tous les jours que Madame A. a pu traduire des comportements comme d'éventuelles douleurs ou symptômes.
- Les différentes équipes contactaient régulièrement Madame A., de sorte que celle-ci se rendait au domicile de Madame N. entre deux et quatre fois par jour.
- C'est pour toutes ces raisons qu'elle a procédé à une facturation par honoraires forfaitaires concernant les soins effectués pour Madame N.
- En collaboration avec le médecin traitant de Madame N, elle a organisé différentes réunions de coordination avec le SPAF afin de mettre en place tous les services à domicile et de pouvoir laisser Madame N. avec ses repères habituels, à savoir chez elle avec son chien.

- Elle a adressé à l'INAMI un dossier démontrant que Madame N. était totalement perdue.

Madame A. produit également l'attestation de Madame K., assistante sociale qui intervenait auprès de Madame N. avec Madame A. (Pièce n°14) : « *Notre service d'aide familiale (équipe de ...) aidait Mme N. (...) du 11/2.2014 jusqu'à son départ le 5/9/2019. Mme A. fut l'infirmière en même temps. Nous nous sommes rencontrées à plusieurs reprises avec tous les intervenants et la coordination pour le bon suivi de l'aide à domicile de Madame N.. L'équipe prenait souvent contact avec Madame A. pour l'organisation des soins à la maison. Madame N. semblait souvent douloureuse mais vu la maladie d'Alzheimer il fallait assez souvent 1 retour ou un conseil infirmier ou du médecin. Il est aussi arrivé que l'infirmière pouvait en cas d'urgence passer plus sur la journée.* »

➤ Position de la Chambre de première instance

L'ensemble des éléments invoqués par Madame A., ainsi que l'attestation produite ne permettent pas de remettre en cause le grief constaté par le SECM : Il n'y a pas d'évaluation des soins, ni de planification mentionnées au moins toutes les deux semaines, ni l'enregistrement des symptômes, ni l'échelle de la douleur, ni les contacts avec la famille du patient, ni les résultats des réunions de coordination.

Le grief est établi.

6° Monsieur O.

➤ Position du SECM

Madame A. a remis, en date du 29 octobre 2019, un cahier avec des commentaires infirmiers et les documents justificatifs de soins à remettre à l'assuré. Cependant, il n'y a pas de planification des soins dans ce cahier, mentionnée au moins toutes les deux semaines. De plus, il n'y a aucune identification du prestataire de l'art infirmier qui a prodigué les soins.

Des échelles d'évaluation ont été transmises via le mail du 29 octobre 2019. Dans le dossier « Pièces » transmis par le conseil de Madame A., concernant ce patient, se trouve : 1 prescription médicale pour une toilette complète et l'administration de médicaments pendant 12 mois, datée du 01/01/2019, 4 feuilles de récapitulatif d'échelle de Katz avec le nom de différents assurés dont celui de Monsieur O. La période couverte par ces feuilles de récapitulatif d'échelle de Katz s'étend du 20/12/2018 au 19/12/2019.

➤ Position de Madame A.

Madame A. fait valoir que Monsieur O. souffrait d'Alzheimer, à un stade avancé, raison pour laquelle elle a également facturé les soins apportés de manière forfaitaire (Pièce n°7).

Elle produit l'attestation du médecin traitant de Monsieur O. démontrant son état de santé ainsi que la collaboration qui existe avec le Docteur P. (Pièce n°13) : « *Je certifie être le*

médecin traitant de Mr O. depuis 2015. En 2019 celui-ci présentait une maladie d'ALZHEIMER avec de gros troubles du comportement et notamment un gros manque de soins d'hygiène, nécessitant le passage d'une infirmière quotidiennement. L'infirmière qui assurait ses toilettes à cette époque est bien Mme A., qui par ailleurs s'occupait également de la compagne de Monsieur O. En annexe, le protocole du neurologue confirmant la pathologie du patient ».

Les prestations effectuées sur Monsieur O. étaient nombreuses puisque ce patient ne se souvient pas du schéma de la toilette corporelle, ne sait pas s'habiller seul, oublie de manger ou de boire toute la journée, de prendre ses médicaments, etc. et a perdu toute sensation et souffre d'incontinence urinaire et fécale. Madame A. devait donc passer chez ce patient au minimum deux fois par jour.

Elle a mentionné les soins dans le cahier fourni à l'INAMI, et ce bien plus que toutes les deux semaines, comme sollicité par l'INAMI (Pièce n°7). Comme elle pratiquait elle-même les soins infirmiers à ce patient, Madame A. ne notait pas systématiquement l'identification du prestataire, étant seule à intervenir.

➤ Position de la Chambre de première instance

Ici encore, Madame A. invoque l'état du patient et le fait qu'elle était seule à dispenser des soins à cet assuré. Elle invoque aussi le contenu du cahier de liaison mais celui-ci comprend plutôt un descriptif des soins donnés et pas de planification pour l'avenir. Cette argumentation ne permet pas de justifier un dossier infirmier incomplet.

Le grief est établi.

7° Madame Q.

➤ Position du SECM

Le SECM relève qu'il n'y a pas de planification mentionnée au moins toutes les deux semaines, ni l'échelle de la douleur, ni les contacts avec la famille du patient, ni les résultats des réunions de coordination.

Dans le dossier « Pièces » transmis par le conseil de Madame A., le SECM trouve différentes prescriptions médicales et 2 feuilles de récapitulatifs d'échelle de Katz qui couvrent la période s'étendant du 20/12/2018 au 19/06/2019.

➤ Position de Madame A.

Madame A. fait valoir que :

- Madame Q. est décédée avant le contrôle de l'INAMI.
- Comme elle laissait les cahiers afférents aux patients à leur domicile, ceux de Madame Q. sont restés à son domicile et ont été perdus et/ou jetés par inadvertance par la famille à la suite du décès de cette dernière (Pièce n°11).

- Elle a donc fourni tous les documents en sa possession concernant Madame Q. (Pièce n°8).
- Les annotations concernant les soins effectués pour Madame Q. sont inscrites dans le carnet de liaison, et ce, bien plus que toutes les deux semaines comme demandé par l'INAMI (Pièce n°8).
- Elle a également noté, dans les cahiers transmis à l'INAMI, les différents passages du médecin traitant, ses différentes remarques, etc. (Pièce n°8).
- En ce qui concerne l'échelle de la douleur, Madame Q. était sous traitement morphinique conséquent avec présence de douleurs constantes qui étaient impossible à évaluer pour Madame Q. elle-même.
- En ce qui concerne les résultats de la réunion de coordination, Madame Q. ne souhaitait pas mener ladite réunion ; elle ne voulait pas faire partie de la plateforme palliative ; elle souhaitait simplement avoir les soins de son médecin et de son infirmière.
- Dans le cas de Madame Q., Madame A. a toujours eu une bonne collaboration avec le médecin traitant via le cahier liaison ou par téléphone, de sorte que ces réunions de coordination n'étaient pas nécessaires, en toute hypothèse.
- En conséquence, tous les documents qui ont été remis sont complets en ce qui concerne Madame Q.
- Les soins accordés à Madame Q. sont justifiés dans les documents transmis à l'INAMI, de sorte que la facturation par honoraires forfaitaires se justifie.

Madame A. produit l'attestation du fils de Madame Q. (Pièce n°11): « *Je déclare par la présente attester que A. a été l'infirmière de ma mère pendant plus de 10 ans. Elle a toujours presté les soins jusqu'à 2 à 3 fois par jour. J'avais trouvé à ma mère un appartement dans une résidence services à ... car elle voulait garder son autonomie plutôt que d'aller en maison de repos. Le docteur P. était régulièrement en contact avec Mlle A. Son état de santé s'est dégradé assez rapidement, elle n'était plus capable de se prendre en charge seule, lit, chaise roulante et tous ses déplacements se faisaient en ambulance. Elle était sous morphine, donc confusion et somnolence. Elle ne voulait pas les soins palliatifs, son souhait était de rester chez elle soignée par son médecin traitant et son infirmière. Depuis le début des soins, Mlle A. tenait bien des cahiers de liaisons en binôme avec le docteur P. Mlle A. m'a contacté pour récupérer ces cahiers, qui ont disparus dans le déménagement. J'ai fouillé toutes les caisses et je ne les ai jamais retrouvés, donc Mlle A. n'est absolument pas en faute. Ma Mère et moi-même avons toujours été très content des services de A., professionnelle, gentille et très attentionnée* ».

➤ Position de la Chambre de première instance

Les explications de Madame A. ne permettent pas de justifier le grief retenu.

D'une part, elle était tenue de conserver le dossier de Madame Q. pendant une durée de 5 ans. Le fait que cette dernière soit décédée et que les carnets de liaison soient introuvables est donc sans incidence.

Par ailleurs, Madame A. ne pouvait décider elle-même qu'une réunion de coordination ne devait être prévue que lorsque des difficultés sont rencontrées. Tel n'est pas le prescrit de la loi. Les réunions de coordination doivent être tenues régulièrement et un compte-rendu doit figurer au dossier.

Les explications de Madame A. ne remettent donc pas en cause le bien-fondé du grief.

8° Madame R.

➤ Position du SECM

Le SECM a constaté qu'il n'y avait pas d'évaluation des soins, ni de planification mentionnées au moins toutes les deux semaines.

Par ailleurs, Madame A. n'a pas remis de dossier infirmier concernant cette assurée le jour de la visite du SECM : elle a remis une échelle d'évaluation qui couvre la période du 25/10/2018 au 19/12/2018 ainsi qu'une prescription médicale du 30/12/2018 pour des soins d'hygiène 1x/jour pour la période s'étendant du 01/01/2019 au 31/12/2019. Dans le dossier « Pièces » transmis par le conseil de Madame A., le SECM a trouvé 1 prescription médicale ainsi que 3 feuilles de récapitulatifs d'échelle de Katz qui couvrent la période du 09/01/2019 au 19/09/2019.

➤ Position de Madame A.

Madame A. fait valoir que :

- Madame R. est décédée antérieurement au contrôle.
- Le mari de Madame R. est parti habiter en Pologne et sa fille a repris la maison à la suite du décès, ce qui explique les difficultés pour Madame A. d'avoir des contacts avec la famille pour récupérer les cahiers laissés au domicile de Madame R.
- Elle a appris que lorsque la famille avait vidé la maison après le décès de Madame R., les cahiers de Madame A. reprenant les prestations de soins infirmiers effectués sur la patiente ont été jetés.
- En raison de son état de santé, Madame R. avait effectivement besoin de soins infirmiers constants afin de pouvoir se laver, s'habiller et manger, ce pourquoi une facturation par honoraires forfaitaires a été effectuée (Pièce n°9).

➤ Position de la Chambre de première instance

Comme déjà indiqué ci-avant, il appartenait à Madame A. de prendre les mesures pour conserver le dossier infirmier de Madame R.

Les éléments indiqués ci-avant ne justifient pas le grief.

9° Madame S.

➤ Position du SECM

Le SECM constate qu'il n'y a pas d'évaluation des soins, ni de planification mentionnées au moins tous les deux semaines.

Dans le dossier « Pièces » transmis par le conseil de Madame A., figurent uniquement des prescriptions médicales. Dans son mail du 29 octobre 2019, Madame A. a transmis un listing de remplacement, document de 80 pages généré par Inficyc, logiciel de tarification des soins infirmiers à domicile. Ce document, pour ce qui concerne cette assurée, reprend (en pages 76 et 77) un résumé du contenu des prescriptions médicales relatives à l'assurée. Le SECM n'y a pas trouvé pas une évaluation des soins ou une planification de ceux-ci, telles qu'exigées dans l'article 8 de la NPS.

➤ Position de Madame A.

Madame A. indique qu'elle a, en réalité, effectué comme prestations uniquement six piqûres pour Madame S. (Pièce n°10). Elle a facturé seulement les prestations pour ces six piqûres et n'a pas tenu de dossier particulier en raison du fait qu'aucune toilette ni aucun soin particulier n'était effectué pour Madame S.

➤ Position de la Chambre de première instance

Même s'il ne s'agit que de 6 piqûres, le contenu minimal du dossier infirmier doit être respecté en application de l'article 8 de la NPS. Or, le SECM n'a pas retrouvé le contenu minimal du dossier infirmier dans les documents transmis par Madame A.

Le grief est établi.

CONCLUSION :

La Chambre de première instance constate que le grief est établi pour 646 prestations non-conformes concernant 9 assurés : en effet, les dossiers infirmiers remis par Madame A. ainsi que les pièces transmises après le PVC du 27 juillet 2020 ne satisfont pas au prescrit de l'article 8 de la NPS.

L'indu total s'élève à 22.598,73 €.

Dès lors que les griefs reprochés à Madame A. et la SCS B. sont établis pour tous les cas repris dans la note de synthèse, elles doivent être condamnées à rembourser l'indu résultant des prestations indûment attestées en application de l'article 142 §1^{er}, 2° de la loi ASSI, soit la somme de 22.598,73 €.

Madame A. et la SCS B. n'ont procédé à aucun remboursement.

IV.3. Quant à la sanction

IV.3.1. Principes

Pour entraîner une amende, deux éléments doivent être réunis : un élément matériel et un élément moral.

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

L'élément moral suppose que cette transgression soit commise librement et consciemment.

L'auteur d'une infraction sociale peut démontrer ne pas avoir agi librement en rapportant la preuve de l'existence d'une cause de justification : la force majeure (ou contrainte), l'état de nécessité, l'erreur ou l'ignorance invincible et l'ordre de l'autorité.

C'est ce qu'a rappelé la Cour de cassation dans un arrêt du 24 février 2014 :

« l'existence de cet élément moral peut être déduite du simple fait matériel commis et de la constatation que ce fait est imputable au prévenu, étant entendu que l'auteur est mis hors de cause si un cas de force majeure, une erreur invincible ou une autre cause d'excuse sont établis, à tout le moins, ne sont pas dénués de crédibilité. »¹

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 de circonstances que l'auteur de l'infraction a agi comme l'aurait fait toute personne raisonnable et prudente².

La complexité de la législation sociale en vigueur ne peut être considérée comme source d'erreur invincible³.

De plus, la simple constatation que l'auteur de l'infraction ait été mal conseillé, fût-ce par une personne qualifiée, ne suffit pas en soi pour que l'erreur soit considérée comme étant invincible ; il appartient au juge d'apprécier en fait si pareil avis a induit l'auteur de l'infraction dans un état d'erreur invincible⁴.

Le régime de sanctions applicable aux faits litigieux est repris à l'article 142, §1^{er}, al. 1^{er}, 1° et 2° de la loi ASSI :

« Sans préjudice d'éventuelles sanctions pénales et/ou disciplinaires, les mesures suivantes sont appliquées aux dispensateurs de soins et assimilés qui ne se conforment pas aux dispositions de l'article 73bis :

1° 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 en cas d'infraction aux dispositions de l'article 73bis, 1° ;

2° 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 en cas d'infraction aux dispositions de l'article 73bis, 2° ; »

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

¹ Cass. 24 février 2014, S.2013.0031.N, Juportal

² Cass., 2^{ème} ch., 1^{er} octobre 2002, rôle n° P011006N, Cass., 1^{ère} ch., 16 septembre 2005, rôle n° C040276F; C. trav. Bruxelles, 26 octobre 2010, RG n° 40.153-40.316; C. trav. Liège, sect. Liège, 21 avril 2010, RG n° 36395/09.

³ C. HENNEAU et J. VERHAEGEN, *Droit pénal général*, Bruylant, Bruxelles, 1991, p. 338; Anvers, 9 octobre 1997, *Chr.D.S.*, 1998, p. 145; C. trav. Liège, sect. Namur, 6 août 2009, RG n° 8697/08-8700/08 consultable sur juridat ; cass. 14 mai 2012, Pas. 2012, n°300.

⁴ Cass., 2^{ème} ch., 1^{er} octobre 2002, RG n° P011 006N.

L'octroi du sursis nécessite à tout le moins l'absence, depuis trois ans, d'amende administrative et de demande de remboursement de prestations indues et est laissé à l'appréciation de la Chambre de première instance.

Le sursis est révoqué de plein droit lorsque le dispensateur est condamné du chef d'une nouvelle infraction visée à l'article 73bis, commise pendant le délai d'épreuve.

IV.3.2. influence du dépassement éventuel du délai raisonnable sur le montant de l'amende

Madame A. fait valoir que le SECM a clôturé son enquête, qui porte sur la période d'introduction auprès des organismes assureurs comprise entre le 28 février 2019 et le 31 août 2019, le 29 octobre 2020, et que ce n'est qu'en date du 22 février 2022, soit près d'un an et demi plus tard, que le Fonctionnaire-dirigeant a pris une décision. Elle estime qu'il y a donc manifestement dépassement du délai raisonnable en l'espèce, ce qui justifie qu'aucune amende ne lui soit infligée.

La Chambre de première instance rappelle que l'article 142 de la loi ASSI prévoit des délais dans lesquels les infractions doivent être constatées (§2) et dans lesquels les contestations relatives à ces infractions doivent être tranchées (§3).

D'une part, l'article 142, §2 de la loi ASSI prévoit que les éléments matériels de l'infraction visée à l'article 73bis, sont constatés par les inspecteurs sociaux visés à l'article 146 dans un procès-verbal établi conformément à l'article 64 du Code pénal social. A peine de nullité, **ces constatations doivent intervenir dans les 3 ans** :

a) à compter du jour où les documents relatifs aux faits litigieux sont reçus par les organismes assureurs ;

b) à compter du jour où les constatations communiquées par les commissions de profils ou par le Collège national des médecins-conseils sont reçues par le Service d'évaluation et de contrôle médicaux.

D'autre part, en vertu de l'article 142, §3, 2° de la loi ASSI, les contestations mentionnées à l'article 73bis 2° qui relèvent de la compétence du fonctionnaire-dirigeant, ou du fonctionnaire désigné par lui, sont introduites dans les deux ans suivant la date du procès-verbal de constat, par l'invitation à communiquer des moyens de défense visée à l'article 143, § 2, alinéa 3.

Ces délais n'ont fait l'objet d'aucune remarque de la part du Conseil d'Etat lors de la rédaction de la loi. Il faut donc en conclure qu'ils sont raisonnables.

C'est également ce que la Chambre de recours a conclu dans une décision récente du 28 avril 2023 qui a également précisé⁵ :

« Le principe général de droit administratif du respect du délai raisonnable n'est en outre « mobilisable » que subsidiairement à une intervention législative ou réglementaire fixant un délai de rigueur. Par conséquent lorsqu'une norme écrite fixe un tel délai, peu importe de s'interroger sur la valeur du principe général de droit dans la hiérarchie des normes, son application est tout simplement écartée (Chambre de 1ère instance, décision du 08.12.2017, n° FA-014-16 ; E. GOURDIN et M. KAISER, « Le principe général de droit administratif du respect du délai raisonnable », in S. BEN MESSAOUD et F. VISEUR, Les principes généraux de droit administratif Actualités et applications pratiques, Bruxelles, Larcier, 2017, p. 623). Il n'y a pas non plus de violation du droit à être jugé endéans un délai raisonnable tel que visé à l'article 6.1 de la Convention européenne des droits de l'homme. Le point de départ dudit délai est le moment où l'intéressé est tenu de prendre des mesures pour assurer la défense de ses intérêts. »

En l'espèce, le PVC a été établi le 27 juillet 2020 et la décision du Fonctionnaire-dirigeant a été prise le 22 février 2022, soit moins de 2 ans après le PVC.

Par ailleurs, après le PVC du 27 juillet 2020, Madame A. a fait parvenir ses moyens de défense et un PVC rectifié lui a été adressé les 13 et 19 avril 2021. Le SECM n'est donc pas resté inactif pendant cette période.

Par conséquent, il n'y a pas lieu de faire droit à la demande de Madame A. de ne pas prononcer de sanction en raison du dépassement du délai raisonnable.

IV.3.2. Application en l'espèce

En l'espèce, la Chambre de première instance constate que :

- Madame A. a admis lors de l'audience du 9 mars 2023 que les dossiers infirmiers n'étaient pas complets ;
- malgré la décision du Fonctionnaire-dirigeant, elle ne semble pas avoir pris conscience de l'obligation de compléter les dossiers infirmiers pour obtenir le remboursement des prestations accomplies ;
- elle tente de rejeter la faute sur les tarificateurs ;
- elle ne se renseigne pas et ne se forme pas concernant la réglementation applicable et les obligations nouvelles reposant sur les infirmières en matière de tenue de dossiers infirmiers ;
- Madame A. a un très haut taux de lecture manuelle des cartes d'identité des patients ;
- Madame A. n'a pas d'antécédent.

⁵ Ch.rec. 28 avril 2023, FB-001-22.

Tenant compte de l'ensemble de ces éléments, la Chambre de première instance estime qu'il y a lieu d'infliger à Madame A. une amende dont la hauteur est de nature à lui faire prendre conscience de la gravité des faits commis par elle, et de confirmer la décision du Fonctionnaire-dirigeant, à savoir :

- une amende administrative s'élevant à **25 %** du montant de la valeur des prestations indues.

L'amende s'élève donc à 5.649,68 €.

IV.4. Intérêts

L'article 156 § 1^{er}, al. 1^{er} de la loi ASSI prévoit que les décisions du Fonctionnaire dirigeant du Service d'évaluation et de contrôle médicaux ou du fonctionnaire désigné par lui, visées à l'article 143, les décisions des Chambres de première instance visées à l'article 142, et les décisions des Chambres de recours, visées aux articles 142 et 155, sont exécutoires de plein droit par provision, nonobstant tout recours.

Selon l'article 156, §1^{er}, al. 2, les sommes dues sont payées dans les trente jours de la notification des décisions visées à l'alinéa 1^{er}. A 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.

IV.5. Termes et délais

En vertu de l'article 156, §1^{er}, de la loi ASSI, « *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* ».

Madame A. et la SCS B. sollicitent le bénéfice d'un échelonnement de paiement, en cas de condamnation à un paiement.

Le SECM ne s'oppose pas à un tel échelonnement pour autant que l'entièreté de la dette soit apurée dans un délai de 5 ans à compter de la notification de la décision de la Chambre de 1^{ère} instance.

Bien que ne produisant aucun document comptable et/ou financier à l'appui de sa demande, Madame A. a proposé, à l'audience du 9 mars 2023 de rembourser l'indu à concurrence de 1.500 € par mois.

Ce montant paraît raisonnable eu égard à la hauteur de l'indu et permettrait un remboursement intégral de la dette en moins de 2 ans, ce qui répond au souhait du SECM.

Il sera donc fait droit à la demande de termes et délais de Madame A. à concurrence de 1.500 € par mois, jusqu'à apurement complet de la dette.

PAR CES MOTIFS;**LA CHAMBRE DE PREMIERE INSTANCE,****Statuant contradictoirement,**

Déclare la demande de Madame A. et la SCS B. à l'égard du SECM recevable et très partiellement fondée dans la mesure déterminée ci-après ;

Confirme entièrement la décision du Fonctionnaire-dirigeant du SECM du 22 février 2022 ;

Par conséquent,

- Déclare le grief établi pour tous le cas repris dans la note de synthèse ;
- Condamne solidairement Madame A. et la SCS B. à rembourser la valeur des prestations indues s'élevant à **22.598,73 €** ;
- Condamne Madame A. à payer une amende administrative de **25 %** du montant des prestations non conformes, soit la somme de **5.649,68 €** ;
- Dit que les sommes dont Madame A. est redevable produisent des intérêts au taux légal en matière sociale à compter de l'expiration du délai de trente jours suivant la notification de la décision du Fonctionnaire-dirigeant, à défaut de paiement dans ce délai ;
- Autorise Madame A. et la SCS B. à s'acquitter des sommes dues par **mensualités de 1500 € à partir du 15 juillet 2023 jusqu'à complet paiement** ;
- Dit qu'en cas de retard de plus d'un mois pour un seul versement, la somme totale restant due deviendra immédiatement exigible ;
- Dit que la présente décision est exécutoire de plein droit par provision nonobstant tout recours.

La présente décision est prise par la Chambre de première instance, composée de Madame Pascale BERNARD, Présidente, Docteurs Olivia GEMBALA et Thibaut DUJARDIN, Messieurs Johan CORIJN et Gaëtan MESTAG, membres, assistés de Madame Dominique HONVAULT, greffière.

Et prononcée à l'audience du 19 juin 2023 par Madame Pascale BERNARD, Présidente, assistée de Madame Dominique HONVAULT, greffière.

Dominique HONVAULT
Greffière

Pascale BERNARD
Présidente