

CONSEIL D'ÉTAT, SECTION DU CONTENTIEUX ADMINISTRATIF

VI^e CHAMBRE

A R R E T

n° 257.756 du 26 octobre 2023

A. 233.430/VI-22.032

En cause :

1. FRANÇOIS Sébastien,
2. la société à responsabilité limitée
PARAMEDIC HOME SERVICES,
ayant tous deux élu domicile chez
M^{es} Werner DERIJKE et
Philippe MALHERBE, avocats,
avenue Louise 65/11
1050 Bruxelles,

contre :

le Service d'évaluation et de contrôle médicaux
institué au sein de l'Institut national d'assurance
maladie-invalidité, en abrégé SECM.

I. Objet de la requête

Par une requête introduite le 15 avril 2021, Sébastien François et la SRL Paramedic Home Services demandent la cassation de « la décision rendue le 11 mars 2021 (n° de rôle FB-003-16) par la Chambre de recours instituée auprès du Service d'évaluation et de Contrôle Médicaux de l'Institut National d'Assurance-Maladie-Invalidité (le "SECM") ».

II. Procédure

Le dossier de l'affaire a été communiqué par la juridiction ayant rendu la décision attaquée.

La contribution et les droits visés aux articles 66, 6°, et 70, de l'arrêté du Régent du 23 août 1948 déterminant la procédure devant la section du contentieux administratif du Conseil d'État ont été acquittés.

Une ordonnance n° 14.339 du 29 avril 2021 déclare le recours en cassation admissible.

Les mémoires en réponse et en réplique ont été régulièrement échangés.

M^{me} Laurene Lejeune, premier auditeur au Conseil d'État, a rédigé un rapport sur la base de l'article 16 de l'arrêté royal du 30 novembre 2006 déterminant la procédure en cassation devant le Conseil d'État.

Le rapport a été notifié aux parties.

Une ordonnance du 20 septembre 2022, notifiée aux parties, fixe l'affaire à l'audience du 19 octobre 2022.

M. Imre Kovalovszky, président de chambre, a exposé son rapport.

M^e Caroline Dewez, *loco* M^{es} Werner Derijcke et Philippe Malherbe, avocat, comparaissant pour les parties requérantes, et M. Paul Briffeuil, fonctionnaire, comparaissant pour la partie adverse, ont présenté leurs observations.

M^{me} Laurene Lejeune, premier auditeur, a été entendue en son avis conforme.

Il est fait application du titre VI, chapitre II, des lois sur le Conseil d'État, coordonnées le 12 janvier 1973.

III. Faits

1. Sébastien François, premier requérant, est infirmier. À l'époque des faits, il travaille en tant qu'indépendant. Il est gérant de la SPRL Paramedic Home Services, seconde requérante. Il a conclu, avec l'ASBL « Être chez soi », une convention par laquelle celle-ci s'engage à établir les attestations de soins donnés. Celle-ci tarifie et perçoit en son nom propre les honoraires des soins infirmiers dispensés par le premier requérant, à charge pour elle de reverser les sommes reçues sur le compte bancaire de la seconde requérante, sous déduction d'une commission.

2. À une date non précisée, une enquête est ouverte par le Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'Institut National d'Assurance-Maladie-Invalidité (en abrégé SECM) concernant la période d'introduction auprès des organismes assureurs comprise entre le 13 juillet 2011 et le 22 octobre 2012. Dans le cadre de cette enquête, le requérant est entendu le 9 avril 2013 et remet plusieurs documents.

3. Le 8 mai 2013, un procès-verbal de constat d'infraction est dressé pour des prestations tarifées au nom du premier requérant pour la période du 13 juillet 2011 au 22 octobre 2012.

4. Le 12 juin 2015, le SECM dépose devant la Chambre de première instance instituée auprès du SECM une requête par laquelle il demande :

- qu'elle dise pour droit que tous les griefs évoqués dans la note de synthèse sont établis, et
- à titre principal, qu'elle condamne solidairement le premier requérant, la seconde requérante et l'ASBL « Être chez soi » à rembourser la valeur des prestations indûment attestées, soit 98.905,21 euros, qu'elle condamne le premier requérant à des amendes administratives de respectivement 1.500 euros (grief 1) et 43.856,27 euros (grief 1), et qu'elle dise que les sommes dues seront majorées des intérêts et,
- à titre subsidiaire, qu'elle condamne solidairement les parties précitées à rembourser la valeur des prestations indûment attestées, soit 43.307,38 euros, qu'elle condamne le premier requérant à des amendes administratives de respectivement 1.500 euros (grief 2), 1.469,97 euros (grief 2), 1.500 euros (griefs 3 à 7) et 19.601,03 euros (griefs 3 à 7), et qu'elle dise pour droit que les sommes dues seront majorées des intérêts.

Les griefs visés dans la note de synthèse sont les suivants :

- grief 1 : prestations non conformes (absence de dossier infirmier) ;
- grief 2 : prestations non effectuées (pansement de plaies) ;
- grief 3 : prestations non conformes (surscorage de l'état de dépendance physique) ;
- grief 4 : prestations non conformes (absence de dossier spécifique « patient palliatif ») ;
- grief 5 : prestations non conformes (application préventive et non thérapeutique de pommades) ;
- grief 6 : prestations non conformes (prestations de base) ;
- grief 7 : prestations non conformes (déplacements).

5. Par une décision du 8 juin 2016, la Chambre de première instance décide que :

- les éléments matériels de l'infraction visée par le premier grief sont établis,
- les premier et second requérants et l'ASBL « Être chez soi » sont solidairement condamnés au remboursement des sommes indûment attestées, soit 98.905,21 euros,

- le premier requérant est condamné à des amendes administratives respectives de 1.500 euros et 43.856,27 euros, auxquelles il est sursis pour une durée de trois ans,
- les sommes dues produisent un intérêt, et
- la décision est exécutoire nonobstant tout recours.

6. Le 7 juillet 2016, l'ASBL « Être chez soi » interjette appel auprès de la Chambre de recours instituée auprès du SECM de l'INAMI.

7. Le même jour, les requérants interjettent appel auprès de la Chambre de recours. En substance, ils invoquent la violation des droits de la défense, la violation de l'article 2, n), de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, la violation de l'article 6, § 14, du Règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi coordonnée, et la violation de l'article 164 de cette même loi.

8. Le 6 octobre 2016, la partie adverse dépose des conclusions dans lesquelles elle répond aux moyens invoqués dans les requêtes d'appel.

9. Le 19 décembre 2016, l'ASBL « Être chez soi » dépose des conclusions en réplique répondant aux arguments invoqués par les autres parties.

10. Le 20 décembre 2017, la Chambre de recours rend une décision par laquelle elle :

- reçoit l'appel des requérants en tant qu'il est dirigé contre la partie adverse,
- reçoit l'appel de l'ASBL « Être chez soi » en tant qu'il est dirigé contre la partie adverse,
- rouvre les débats pour permettre aux requérants et à l'ASBL « Être chez soi » de prendre position sur l'indivisibilité du litige.

11. Le 22 février 2018, a lieu l'audience de la Chambre de recours à laquelle la décision du 20 décembre 2017 fixait la réouverture des débats.

12. Le 8 mars 2018, la Chambre de recours rend une décision par laquelle elle :

- dit que l'appel de l'ASBL « Être chez soi » n'est pas recevable en tant qu'il est dirigé contre les requérants,
- dit que l'appel des requérants n'est pas recevable en tant qu'il est dirigé contre l'ASBL « Être chez soi »,

- dit que l'appel de l'ASBL « Être chez soi » est fondé en tant qu'il est dirigé contre la partie adverse et, par conséquent, réforme la décision du 8 juin 2016 en ce que la Chambre de première instance :
 - o a condamné solidairement l'ASBL « Être chez soi » au remboursement de la valeur des prestations indûment attestées, soit 98.905,21 euros,
 - o a dit que cette somme emportait des intérêts, et
- dit que l'appel des requérants n'est pas fondé en tant qu'il est dirigé contre la partie adverse et, par conséquent, confirme la décision du 8 juin 2016 dans toutes les dispositions prises à l'égard des requérants.

13. Les requérants introduisent contre cette décision un recours en cassation administrative.

14. Par un arrêt n° 245.110 du 8 juillet 2019, le Conseil d'État casse la décision rendue le 8 mars 2018 pour le motif que « la composition de la Chambre de recours, lorsque celle-ci a siégé à l'audience du 22 février 2018, n'était pas conforme à ce que prescrit l'article 145, § 1^{er}, alinéa 3, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 » et ordonne le renvoi de l'affaire devant la Chambre de recours autrement composée.

15. De nouvelles conclusions « après cassation » sont déposées par le SECM le 26 novembre 2019, par l'ASBL « Être chez soi » le 30 janvier 2020 et par les requérants le 26 février 2020. Des conclusions de synthèse sont déposées par le SECM le 4 juin 2020 et par l'ASBL « Être chez soi » le 3 juillet 2020.

16. L'affaire est fixée à l'audience de la Chambre de recours du 14 janvier 2021.

17. Le 11 mars 2021, la Chambre de recours, autrement composée, prend une nouvelle décision dont le dispositif se lit comme il suit :

« Dit que l'appel de l'ASBL ÊTRE CHEZ SOI, en ce qu'il est dirigé contre Monsieur Sébastien FRANÇOIS et la SPRL PARAMEDIC HOME SERVICES, n'est pas recevable ;

Dit que l'appel de Monsieur Sébastien FRANÇOIS et de la SPRL PARAMEDIC HOME SERVICES, en ce qu'il est dirigé contre l'ASBL ÊTRE CHEZ SOI, n'est pas recevable ;

Dit que l'appel de M. Sébastien FRANÇOIS et de la SPRL PARAMEDIC HOME SERVICES est recevable et partiellement fondé en tant que dirigé contre le SECM ;

Dit que l'appel de l'ASBL ÊTRE CHEZ SOI, en ce qu'il est dirigé contre le SECM, est recevable et fondé.

Réformant la décision du 8 juin 2016 de la Chambre de première instance :

- Dit la demande du SECM non fondée en tant que dirigée contre l'ASBL ÊTRE CHEZ SOI et l'en déboute ;
- Dit la demande du SECM partiellement fondée en tant que dirigée contre Monsieur Sébastien FRANÇOIS et la SPRL PARAMEDIC HOME SERVICES ;
- Condamne solidairement Monsieur Sébastien FRANÇOIS et la SPRL PARAMEDIC HOME SERVICES au remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé, soit la somme de 98.905,21 euros ;
- Dit pour droit que les sommes dont Monsieur Sébastien FRANÇOIS et la SPRL PARAMEDIC HOME SERVICES sont redevables produiront de plein droit des intérêts au taux légal à compter de l'expiration du délai de trente jours suivant la notification de la décision de la Chambre de recours, le cachet de la poste faisant foi, à défaut de paiement dans ce délai ;
- Condamne Monsieur Sébastien FRANÇOIS à une amende de 250 euros majorée de 45 décimes, soit 250 euros + (25 euros x 45 = 1125 euros) soit 1375 euros, laquelle sera assortie d'un sursis de 3 ans pour ce qui concerne la totalité de celle-ci ».

Il s'agit de la décision attaquée, laquelle a été notifiée aux requérants par un courrier recommandé du 15 mars 2021.

Elle est motivée notamment comme suit :

« 4.1) Impartialité du juge - Respect des droits de la défense – Contradictoire –
[...]

4.2) Droits de la défense - application au cas d'espèce :
[...]

4.3) Infraction – Prestations non conformes – tenue incomplète du dossier infirmier.

4.3.1) Principes :

Il convient de distinguer le dossier infirmier qui contient notamment la planification et l'évaluation des soins donnés, qui peut être tenu de manière électronique, des attestations de facturation qui doivent, en application dudit article, être porteuses de la signature manuscrite du prestataire de soins.

L'article 73bis, 2° de la loi ASSI énonce que :

[...]

L'article 8 de la nomenclature concerne les soins infirmiers.

Les articles 8 § 2, 8 § 3, 8 § 4 et 8 § 9 de la nomenclature disposent ce qui suit :

[...]

Suivant la directive du 23 mai 2011 concernant le contenu de la planification et de l'évaluation :

[...]

- article 8 § 9

[...]

Les articles 6 et 6bis de l'arrêté royal du 28.07.2003 relatif au règlement portant exécution de l'article 22,11° de la loi ASSI traitent des attestations de soins et de fournitures.

L'article 6 § 1 reprend la liste des documents devant être remis à l'organisme assureur en vue d'obtenir le remboursement de l'assurance soins de santé.

L'article 6 § 2 de ce règlement énonce quant à lui que :

[...]

4.3.2) Dossier infirmier – Application au cas d'espèce :

Il ressort des pièces produites aux débats que le grief articulé à titre principal par le SECM sur la tenue incomplète du dossier infirmier, en violation de 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, est fondé à l'égard de Monsieur Sébastien FRANÇOIS.

Ainsi lors de son audition du 9 avril 2013, Monsieur FRANÇOIS a déclaré (concernant la période d'introduction aux OA du 13 juillet 2011 au 22 octobre 2012) :

“ (...) Je ne suis pas informatisé.

Depuis 2012, j'ai des dossiers type farde (SISD) chez les patients.

Avant en 2011, c'était des carnets libres.

Je n'ai pas de carnet à vous montrer car je ne les ai pas conservés.

Je n'ai plus de dossier infirmier pour 2011 et je ne peux vous en fournir pour les assurés que vous me demandez (...).”

Lors de son audition du 16 avril 2013, il a déclaré :

“ (...) (assurée [D.]) je vous montre le dossier infirmier et m'engage à vous faire parvenir une copie pour le 30/04/2013.

Pour 2011, je tiens à préciser que des dossiers existent (...).”

Lors de son audition du 4 avril 2013, Madame [V.] a déclaré (concernant la période d'introduction aux OA du 1^{er} juillet 2011 au 30 septembre 2012) :

“ (...) les prescriptions médicales sont gérées par Mr FRANÇOIS. Depuis janvier 2012, il y a des fardes chez les assurés qui servent de dossier infirmier. Je ne mets pas à chaque passage de note, mais uniquement quand il y a quelque chose de particulier surtout concernant l'évolution des plaies, de chutes, accident, ... Avant 2012, il y avait des carnets chez les assurés. Je n'ai aucun dossier infirmier personnel en ma possession. C'est Mr FRANÇOIS qui gère les carnets et les fardes (...).”

“ (...) Je n'ai pas de carnet à vous montrer car je ne les ai pas conservés (...) Je n'ai plus de dossier infirmier pour 2011 et je ne peux vous en fournir pour les assurés que vous me demandez (...).”

Les prestataires [N], [R], [P] ont également confirmé, lors de leurs auditions, respectivement les 18,19 et 25 mars 2013, l'absence de dossier infirmier chez les assurés.

Monsieur [M.D.] a quant à lui déclaré ne pas être responsable de la pratique infirmière, chaque infirmière étant une professionnelle individuellement responsable de sa bonne pratique et l'ASBL qui encadre les professionnels dans le cadre de la gestion journalière n'utilise pas la partie dossier infirmier du logiciel SOFT 33 car c'est l'infirmier qui est responsable de son dossier infirmier (observation du patient), ne détenant “que la partie administrative pour la facturation et pas un dossier infirmier suivi d'observations de soins”.

Monsieur FRANÇOIS n'a pu fournir au SECM aucun dossier infirmier conforme à la réglementation pour les assurés examinés.

Dans les documents manuscrits fournis le 3 mai 2013 par Monsieur FRANÇOIS, 20 feuilles concernent Madame [D.]. Toutes les feuilles font partie du dossier de l'équipe de soutien de 2^{ème} ligne “AU FIL DES JOURS”. Il n'y a aucune note, annotation, observations, échelle de douleur ou parafe de Monsieur FRANÇOIS.

Il a envoyé, le 3 mai 2013, copie de 5 feuilles concernant Madame [G.]. Les 3 premières pages “observation globale du 01/01/2012 au -/-/-”, une page de prescription de soins infirmiers, une page observation avec 8 dates (début 04/02/12, fin 01/10/02) pour la période litigieuse.

Pour d'autres assurés, Monsieur FRANÇOIS a admis, lors de ses auditions qu'il n'a pas de dossier infirmier à fournir au SECM.

Lors de l'audition de ces assurés, dans les dossiers farde SIDS présents, aucune note de soins, annotation ou parafe de Monsieur FRANÇOIS ne se trouve dans les feuilles d'observations.

Le premier grief, qui est le grief principal, invoqué par le SECM, est dès lors établi.

Par conséquent, il n'y a pas lieu d'examiner les autres griefs, qui sont subsidiaires, dans le cadre de la demande du SECM.

Il résulte de ce qui précède que les prestations portées en compte par Monsieur Sébastien FRANÇOIS ne satisfont pas aux conditions prévues dans la loi ASSI, 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.

Sans préjudice d'éventuelles sanctions pénales et/ou disciplinaires, le remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé et/ou une amende administrative correspondant à un pourcentage du montant de la valeur des mêmes prestations sont appliqués aux dispensateurs de soins et assimilés qui ne se conforment pas aux dispositions de l'article 73bis, selon l'article 142, alinéa 1, 2°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

Aucun honoraire n'est dû lorsque la tenue du dossier infirmier est incomplète, selon 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.

En l'espèce l'indu total s'élève à 98.905,21 euros.

4.4) Incidence de la convention intervenue entre M. FRANÇOIS et l'ASBL ÊTRE CHEZ SOI :

M. FRANÇOIS et la SPRL PARAMEDIC HOME SERVICES soutiennent que l'ASBL ÊTRE CHEZ SOI, via son représentant, M.[D], a porté en compte les prestations litigieuses sur des attestations globales modèle D (AGSD) établies à leur nom et signées et ce en l'absence de mandat écrit régulier tel que visé à l'article 6 du règlement du 28 juillet 2003.

4.4.1) Article 6 du règlement du 28 juillet 2003 :

En application de l'article 22,11° de la loi ASSI, le Comité de l'assurance élabore les règlements visés par la présente loi coordonnée concernant, notamment, les conditions d'ouverture du droit aux prestations de l'assurance soins de santé et fixe les conditions auxquelles est subordonné le remboursement des prestations de santé visées à l'article 34.

L'article 6 du règlement du 28 juillet 2003 pris en exécution de l'article 22, 11° énumère les conditions auxquelles doivent répondre les attestations de soins et de fournitures.

L'article 6, § 14, alinéas 1 et 4 du règlement du 28 juillet 2003 pris en exécution de l'article 22, 11° susdit dispose ainsi :

“ Par sa signature au bas des attestations récapitulatives de soins reprises à l'annexe 28, le signataire, qui doit être soit un médecin, soit un dispensateur de soins appartenant à la profession dont relèvent les prestations attestées, certifie disposer de documents démontrant que les prestations ont été effectuées par le dispensateur de soins dont le nom figure en regard de chacune d'elles. Les documents en question sont à la disposition du Service de l'évaluation et de contrôle médicaux ; ils porteront la signature du dispensateur de soins susvisé.
(. . .)

Le procédé visé aux alinéas 1 à 3 ne peut être utilisé qu'à la condition qu'il existe, entre le signataire et chaque dispensateur de soins concerné, un mandat écrit aux termes duquel le dispensateur de soins (mandant) donne au signataire (mandataire), qui accepte, le pouvoir de porter en compte à l'assurance soins de santé, sous sa signature, les soins qu'il a effectués”.

Il convient tout d'abord de relever que la circonstance que l'article 6 soit ou non d'ordre public est sans incidence sur le présent litige.

Cet article se borne en effet à énumérer les conditions en vertu desquelles un mandataire est autorisé à porter en compte à l'assurance soins de santé des soins que son mandant, dispensateur de soins de santé, a effectué.

Un dispensateur de soins ne peut alléguer l'irrégularité d'un mandat, qu'il soit ou non à l'origine de celle-ci, voire son inexistence pour éviter de devoir rembourser les sommes qu'il a perçues du fait de prestations non effectuées ou non conformes et faire obstacle à l'action en récupération de l'indu diligentée par l'Administration. L'absence de mandat écrit ne saurait avoir la moindre incidence ni quant à l'existence d'une infraction "réalité" ou "conformité" basée sur l'article 73bis de la loi coordonnée le 14.07.1994 au regard de prestations non conformes ou non effectuées par un prestataire ni quant à la récupération des sommes perçues indûment par ce dernier à la suite de cette infraction pourvu que les conditions d'existence d'un paiement indu soient réunies dans le chef du dispensateur de soins, ce qui est le cas en l'espèce (décision du 20.12.2017 de la Chambre de recours, FB-002-15).

Même en l'absence de mandat valable, il suffirait en effet de constater que M. FRANÇOIS et la SPRL PARAMEDIC HOME SERVICES étaient les destinataires finaux des sommes indûment versées par les organismes assureurs, ce qu'ils ne contestent d'ailleurs pas.

4.4.2) Existence d'un mandat valable – preuve par toutes voies de droit :

Surabondamment il échet de constater que l'ASBL ÊTRE CHEZ SOI disposait bien d'un mandat valable émanant de M. FRANÇOIS.

Certes l'article 6, § 14, alinéas 1 et 4 du règlement du 28 juillet 2003 stipule que ce mandat doit être écrit.

Cette exigence d'un écrit n'est cependant pas sanctionnée à peine de nullité de sorte qu'il y a lieu de constater que celle-ci n'est requise que pour faire preuve dudit mandat c'est-à-dire "Ad probationem" en sorte qu'à défaut d'écrit ledit mandat ne peut être opposé aux tiers.

Cet écrit n'est pas exigé à peine d'invalidité de l'acte, c'est à dire "ad validitatem".

En toutes hypothèses, les tiers (dont l'INAMI), peuvent démontrer l'existence dudit mandat par toutes voies de droit (Liège, 17.03.2003, www.juridat.be).

En tout état de cause, il convient de relever que le mandat litigieux a bien fait l'objet d'un écrit, à savoir la convention du 30.06.2004, laquelle, nonobstant son intitulé, comporte bien un mandat en vertu duquel l'ASBL ÊTRE CHEZ SOI s'engageait bien à accomplir des actes juridiques pour compte de M. FRANÇOIS, à savoir tarifier et percevoir en son nom propre les honoraires des soins infirmiers (article 6).

Ce mandat répond en tous points aux exigences de l'article 6 § 14 du RSS du 28.07.2003.

Il convient par ailleurs de relever que M. FRANÇOIS - signait les grilles mensuelles et les transmettait ensuite à l'ASBL ÊTRE CHEZ SOI et à M. [D] en vue de l'établissement, par ce dernier, des attestations globales de soins.

Pour que les conditions de l'article 6 § 14 du Règlement du 28 juillet 2003 soient remplies, il suffit que les attestations récapitulatives de soins reprises à l'annexe 28 soient signées par un dispensateur de soins appartenant à la profession dont relèvent les prestations effectuées.

Il importe peu que ce signataire soit organe ou employé du mandataire lorsque celui-ci est une personne morale.

Cette condition est respectée en l'espèce puisque M. [D], représentant de l'ASBL ÊTRE CHEZ SOI et signataire des attestations globales de soins avait la qualité d'infirmier.

Il existait dès lors bien un mandat écrit valable au sens de l'article 6, § 14, alinéa 4 du règlement du 28 juillet 2003, entre l'ASBL ÊTRE CHEZ SOI et M. FRANÇOIS.

Ce moyen est donc non fondé.

4.5) Qualité de dispensateur de soins dans le chef de l'ASBL ÊTRE CHEZ SOI :

Le SECM ne poursuit pas l'ASBL ÊTRE CHEZ SOI en qualité de personne morale assimilée à un dispensateur de soins et aucun grief ne lui est directement reproché.

A titre surabondant il convient de relever que l'article 2, n), de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, prévoit qu'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.

Cette disposition prévoit en outre que sont assimilées aux dispensateurs de soins, pour l'application des articles 53, § 1^{er}, § 1^{er}bis et § 1^{er}ter, 73bis et 142, les personnes physiques ou morales qui les emploient, qui organisent la dispensation des soins ou la perception des sommes dues par l'assurance soins de santé.

En l'espèce cependant l'ASBL n'était pas l'employeur de M. FRANÇOIS, n'organisait pas la dispensation des soins ou la perception des sommes dues par l'assurance soins de santé et s'est contentée d'exécuter le mandat qu'elle avait reçu de Monsieur FRANÇOIS pour porter en compte ses prestations.

Elle ne peut donc être assimilée à un dispensateur de soin au sens de l'article 2n) de la loi ASSI.

4.6) Solidarité :

Dans le régime du tiers payant, l'article 164 alinéa 2 de la loi ASSI prévoit que les prestations de l'assurance soins de santé indûment payées sont remboursées par le dispensateur de soins qui ne s'est pas conformé aux dispositions légales ou réglementaires mais que, lorsque les prestations ont été perçues, pour son propre compte, par une personne physique ou morale, celle-ci est solidairement tenue avec le dispensateur de soins.

En application de cet article, le dispensateur de soins et celui qui a perçu les prestations doivent être condamnés solidairement au remboursement des prestations indues.

En l'espèce les prestations indues n'ont pas été perçues par l'ASBL ÊTRE CHEZ SOI pour son propre compte mais pour le compte de son mandant, dispensateur de soins, Monsieur Sébastien FRANÇOIS.

L'article 6 de la convention liant Monsieur Sébastien FRANÇOIS à l'ASBL ÊTRE CHEZ SOI prévoit en effet que : " (...) L'asbl (être chez soi) tarifie et perçoit en son nom propre des soins infirmiers. L'asbl 'être chez soi' s'engage à payer au praticien de l'Art infirmier ses honoraires endéans les 33 jours suivant le dernier jour du mois presté. L'asbl prélève, à ce moment, 10 % sur la première tranche de tarification et 5 % au-delà de 6197,33 € à savoir, (250 000 Fb.) (...)".

Ce prélèvement est le mode de rémunération qui est convenu entre Monsieur Sébastien FRANÇOIS et l'ASBL ÊTRE CHEZ SOI, qui est basé sur la figure juridique de la compensation et qui a pour assiette les sommes récoltées par l'ASBL ÊTRE CHEZ SOI.

Il n'en demeure pas moins qu'il s'agit d'une opération juridique et matérielle distincte de celle qui consiste à percevoir les prestations indues pour le compte du dispensateur de soins.

Il ne peut donc être déduit de ce prélèvement que les prestations indues ont été perçues par l'ASBL ÊTRE CHEZ SOI pour son propre compte, les prélèvements de 10 % et 5 % ayant été retenus à titre d'honoraires et non à titre de prestations de l'assurance soins de santé (décision de la Chambre de recours du 22.11.2018, FB-006-17).

L'ASBL ÊTRE CHEZ SOI ne peut donc être solidairement tenue au remboursement avec Monsieur Sébastien FRANÇOIS, en application de l'article 164, alinéa 2, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

Dans ces conditions, l'appel de l'ASBL ÊTRE CHEZ SOI, en ce qu'il est dirigé contre le SECM, est fondé.

4.7) Quant à la violation du délai raisonnable :

4.7.1) Délai raisonnable et récupération de l'indu :

M. FRANÇOIS et la SPRL PARAMEDIC HOME SERVICES invoquent le dépassement du délai raisonnable.

La récupération de l'indu, visée à l'article 174 précité est un litige de nature civile qui ne saurait être mise à néant au motif de la prétendue violation du principe du délai raisonnable.

En effet, si le dépassement du délai raisonnable peut avoir, le cas échéant, une incidence sur une condamnation "pénale" ou assimilée, il en va tout autrement d'une mesure de nature civile édictée dans l'intérêt général telle la récupération de l'indu.

Il a ainsi été jugé que ne constitue pas une peine, la condamnation au paiement de l'indemnité forfaitaire visée à l'article 11bis de l'arrêté royal n° 5 du 23 octobre 1978 poursuivant l'objectif d'une indemnisation des suites dommageables des faits établis. L'ONSS, service public, voit en effet son financement compromis en cas de non-paiement des cotisations de sécurité sociale.

Ni l'article 6 de la CEDH, ni l'article 21ter du titre préliminaire du Code d'instruction criminelle, ni aucune autre disposition légale n'autorisent le juge qui constate le dépassement du délai raisonnable à le sanctionner en réduisant l'étendue de la condamnation civile du prévenu (Cass. 2 novembre 2005, rôle P 050780 F).

M. FRANÇOIS et la SPRL PARAMEDIC HOME SERVICES doivent donc être condamnés solidairement à rembourser l'indu tel que calculé ci-dessus en application de l'article 142 § 1^{er}, 2° de la loi ASSI.

4.7.2) Délai raisonnable et amendes administratives :

Il est exact que la présente procédure, en ce qu'elle tend au paiement d'amendes administratives assimilables à une sanction pénale, doit être menée dans un délai raisonnable.

4.7.2.1) Point de départ du délai raisonnable :

Le délai raisonnable ne prend cours qu'au moment où l'intéressé est "accusé" de faits punissables, c'est-à-dire lorsqu'il est inculpé pour avoir commis de tels faits ou lorsqu'il vit sous la menace de poursuites judiciaires en raison de tout autre acte d'enquête ou d'information, et qu'il en résulte des conséquences importantes pour sa situation personnelle, notamment parce qu'il s'est vu obligé de prendre certaines mesures afin de se défendre contre des accusations portées contre lui (Cass., 20 mars 2000, Pas. 2000, I, p.191).

Les procès-verbaux des inspecteurs de l'INAMI ont uniquement pour but de constater les infractions aux dispositions pénales citées par la loi en vue de leur sanction.

Lesdits procès-verbaux ne constituent pas une "accusation" au sens de l'article 6.1 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales dès lors qu'ils n'entraînent pas l'inculpation de l'intéressé et ne l'oblige pas davantage à prendre des mesures pour se défendre.

Il convient en effet de faire la distinction entre, d'une part, la phase préliminaire d'instruction du dossier (non couverte par le délai raisonnable) et, d'autre part, la phase de procédure proprement dite (couverte par le délai raisonnable), celle-ci commençant seulement à courir au moment où l'intéressé est accusé.

Par conséquent, le délai commence à courir au moment où l'intéressé est inculpé et/ou est tenu de prendre des mesures pour assurer la défense de ses intérêts.

En l'espèce, il y a lieu de considérer que le délai raisonnable commence à courir lorsque M. FRANÇOIS et la SPRL PARAMEDIC HOME SERVICES reçoivent les courriers recommandés avec la requête du Service d'évaluation et de contrôle médicaux du 12.06.2015, constituant une réelle accusation et les invitant à prendre des mesures pour assurer leur défense.

4.7.2.2) Critères d'appréciation du caractère raisonnable d'un délai :

Les critères d'appréciation du caractère raisonnable ou non d'un délai sont :

- 1) les circonstances de la cause et la complexité de l'affaire ;
- 2) l'importance de l'enjeu ;
- 3) le comportement du requérant (SCHUTZ, S., "Le délai raisonnable : Notion, origine, étendue, sanction et illustrations", Etudes — B.I. 2003/1, p. 9) ; KOHL, A., "Le délai raisonnable. Synthèse de la jurisprudence belge", Rev. Trim. D.H. 1990,3) ; ERGEC, R., VELU, J., "La notion de délai raisonnable dans les art. 5 et 6 de la Convention européenne des droits de l'homme. Essai de synthèse", Rev. Trim. D.H. 1990, 156).
- 4) le préjudice subi.

4.7.2.3) Application au cas d'espèce :

En l'espèce, la mise en état de la cause s'est déroulée normalement devant la Chambre de première instance, laquelle prononça sa décision le 08.06.2016.

Ce délai n'a entraîné aucun préjudice dans le chef de M. FRANÇOIS et de la SPRL PARAMEDIC HOME SERVICES (C.E.D.H., arrêt Wojda c. Pologne, 8 novembre 2005, § 12).

Un nouveau délai a pris cours avec le dépôt de la requête d'appel.

La Chambre de recours rendit une première décision le 08.03.2018, ce qui constitue à nouveau un délai raisonnable au vu de l'encombrement du rôle et de la complexité de la cause.

Comme relevé ci-dessus, le caractère raisonnable du délai s'apprécie également au regard de l'importance de l'enjeu de l'affaire pour le requérant.

Il ressort ainsi de la doctrine et de la jurisprudence que la durée de la procédure devra être appréciée de manière plus stricte lorsque la contestation porte sur la "dignité de la vie" du requérant (LAMBERT, P., "Les notions de délai raisonnable dans la jurisprudence de la Cour européenne des Droits de l'Homme", Rev. Trim. D.H. 1991, 15) ou lorsque, par exemple, le justiciable est en détention préventive (C.E.D.H., arrêt Djaid c. France du 29 septembre 1999 ; LAMBERT, P., "Les notions de délai raisonnable dans la jurisprudence de la Cour européenne des Droits de l'Homme", Rev. trim. D.H. 1991,15).

Ce critère est particulièrement pris en compte lorsque l'enjeu touche à l'être moral et psychique du justiciable (ERGEC, R., VELU, J., "La notion de délai raisonnable dans les art. 5 et 6 de la Convention européenne des Droits de l'Homme. Essai de synthèse", Rev. trim. D.H. 1990, 156).

Dans le cas d'espèce, l'enjeu porte uniquement sur le remboursement de sommes d'argent indûment perçues. Cet enjeu ne touche donc pas de prime abord à la dignité de la vie, ni à l'être moral et psychique de M. FRANÇOIS et de la SPRL PARAMEDIC HOME SERVICES.

Certes, le point de vue selon lequel l'enjeu portant sur le remboursement de sommes d'argent extrêmement élevées pourrait être considéré comme touchant à la dignité de la vie, à l'être moral et psychique, est défendable.

Toutefois, quand bien même le délai serait qualifié de déraisonnable au regard de l'importance de l'enjeu de l'affaire, encore faudrait-il que M. FRANÇOIS et de la SPRL PARAMEDIC HOME SERVICES puissent invoquer un préjudice subi suite à la violation du délai raisonnable, ce qui n'est pas le cas en l'espèce (J. JAUMOTTE, "Les principes généraux du droit administratif à travers la jurisprudence administrative", in le Conseil d'État de Belgique, Cinquante ans après sa création (1946-1996), Bruylant, Bruxelles, 1999, p. 670, n° 34.3).

Or il n'apparaît pas que la prétendue violation du délai raisonnable aurait eu à l'égard de M. FRANÇOIS et de la SPRL PARAMEDIC HOME SERVICES des effets défavorables ou leur aurait fait grief.

Ils furent en effet en mesure de poursuivre leurs activités. Nulle déperdition de preuves n'est en outre démontrée et la matérialité des faits n'étant pour l'essentiel pas contestée, le décès de l'un ou l'autre des patients concernés étant sans incidence sur le présent litige.

Il résulte de tout ce qui précède que le principe du délai raisonnable n'a nullement été violé et est sans incidence sur la sanction administrative dont il sera question ci-après.

4.8) Infractions – amende administrative :

4.8.1) Eléments constitutifs des infractions – Principes :

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

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

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

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

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

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

De même la seule constatation que l'auteur de l'infraction ait été mal conseillé, fût-ce par une personne qualifiée, ne suffit pas en soi pour que l'erreur soit considérée comme étant invincible ; il appartient au juge d'apprécier en fait si pareil avis a induit l'auteur de l'infraction dans un état d'erreur invincible. (Cass. 01.10.2002, RG P011006N, www.juridat.be).

4.8.2) Evolution des sanctions dans le temps :

Les sanctions auxquelles fut exposé le prestataire de soins ont évolué dans le temps en raison de l'adoption puis de l'abrogation des modifications introduites par le Code pénal social et par la loi introduisant le Code pénal social.

En l'espèce la période infractionnelle s'étend du 01.09.2011 au 30.11.2012.

Dans un premier temps, avant l'entrée en vigueur du Code pénal social, le 01.07.2011, le régime de sanctions applicable aux faits litigieux était le suivant :

- 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° soit en cas de prestations non effectuées (art. 142 § 1, al. 1, 1° de la loi coordonnée le 14.07.1994) ;
- le remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé et/ou une amende administrative comprise entre 5 % et 150 % du montant du remboursement en cas d'infraction aux dispositions de l'article 73bis, 2° soit en cas de prestations non conformes (art. 142 § 1, al. 1, 2° de la loi coordonnée le 14.07.1994).

Par la suite les modifications introduites par le Code pénal social et par la loi introduisant le Code pénal social concernant le respect par les dispensateurs de soins des conditions d'intervention de l'assurance soins de santé sont entrées en vigueur le 01.07.2011 et ont produit des effets jusqu'au 17.03.2012 inclus.

Dans un second temps, le régime de sanctions applicables aux faits litigieux était donc le suivant :

Conformément à l'article 225,3° du Code pénal social, une sanction de niveau 2 constituée soit d'une amende pénale de 50 à 500€ soit d'une amende administrative

de 25 à 250 euros (article 101 du Code pénal social) majorée de 45 décimes (article 102 du Code pénal social).

S'agissant des décimes additionnels, l'article 1 de la loi du 05.03.1952 relative aux décimes additionnels sur les amendes pénales a été modifié par l'article 2 de la loi du 28.12.2011 portant des dispositions diverses en matière de justice. Le mot "quarante-cinq" a été modifié par le mot "cinquante" avec effet au 01.01.2012.

Ajouter un décime à une somme consiste à majorer cette somme d'un dixième de son montant (Cass. 24.02.2010, P091767F, inédit).

Les prestations litigieuses ayant été réalisées antérieurement et postérieurement à l'entrée en vigueur le 01.01.2012 de la loi du 28.12.2011, seule la loi la plus douce doit être retenue, en l'occurrence celle prévoyant une majoration de 45 décimes.

Le Code pénal social fut abrogé le 18.03.2012 par la loi du 15.02.2012 de sorte qu'à partir de cette date, le régime des sanctions prévu à l'article 142 de la loi coordonnée le 14.07.1994 fut de nouveau applicable.

De ces 3 régimes de sanction, le second était le plus favorable au dispensateur de soins.

En l'espèce il y a lieu de constater que le grief 1 (prestations non conformes) retenus à charge de Monsieur FRANÇOIS constitue un délit collectif s'agissant d'infractions reliées entre elles par le fait qu'elles constituent la manifestation successive et continue de la même intention délictueuse à savoir le non-respect du droit social.

L'infraction collective n'est constituée qu'au jour du dernier fait, il n'y a donc pas lieu de scinder les périodes litigieuses.

Certes, si le juge considère que les différents faits reprochés au prévenu procèdent d'une même intention délictueuse, il leur appliquera, comme en cas de concours idéal, une seule peine à savoir la plus forte.

Néanmoins lorsque cette peine a évolué dans le temps et lorsque la peine établie au temps du jugement diffère de celle qui était portée au temps de l'infraction, la peine la moins forte sera appliquée (article 2 al. 2 du Code pénal).

De même quand plus de deux législations se succèdent entre le moment de l'infraction et celui où l'infraction est jugée, le juge appliquera la loi la plus douce quelle qu'elle soit et alors même qu'elle n'aurait été en vigueur ni lors de la commission de l'infraction ni lors du jugement (Chambre de recours du 21.06.2018, FB 001- 16 ; F. KUTY, "Principes généraux du droit pénal", Larcier, Bruxelles, T.1, 2009, p. 271).

Les seules sanctions pouvant être infligées sont donc celles de niveau 2 prévues à l'article 101 du Code pénal social à l'exclusion de celles prévues à l'article 142 § 1 de la loi coordonnée le 14.07.1994, plus sévères.

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

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

4.8.3) Application au cas d'espèce :

Il appartient au SECM de démontrer la réunion dans le chef de Monsieur FRANÇOIS des éléments constitutifs des infractions faisant l'objet des griefs litigieux.

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

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

Il résulte de ce qui précède que les éléments constitutifs des infractions à charge de Monsieur FRANÇOIS sont réunis et lui sont imputables.

4.8.4) Hauteur de la peine :

Il y a lieu de tenir compte, s'agissant du montant de l'amende administrative à infliger à Monsieur FRANÇOIS de la gravité des infractions, de l'ampleur des montants perçus indûment et de la longueur de la période infractionnelle qui s'étend sur plusieurs mois.

Il y a donc lieu d'infliger à Monsieur FRANÇOIS une amende déterminée comme suit :

- Pour le grief 1 : une amende de 250 euros majorée de 45 décimes, soit 250 euros + (25 euros x 45 = 1125 euros) soit 1375 euros ;

Il y a lieu, au vu de l'absence d'antécédents de Monsieur FRANÇOIS et de la relative ancienneté des faits, d'assortir les amendes administratives susdites d'un sursis de 3 ans pour ce qui concerne l'entière de la peine.

4.9) Article 156 de la loi coordonnée le 14.07.1994 :

Pour le surplus il convient de rappeler qu'en application de l'article 156 § 1 de la loi coordonnée le 14.07.1994 :

“ les décisions du fonctionnaire dirigeant du Service d'évaluation et de contrôle médicaux ou du fonctionnaire désigné par lui, visées à l'article 143, les décisions des Chambres de première instance visées à l'article 142, et les décisions des Chambres de recours, visées aux articles 142 et 155, sont exécutoires de plein droit par provision, nonobstant tout recours.

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.

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 restantes 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...”

Il convient donc de dire pour droit que les sommes dont Monsieur Sébastien FRANÇOIS et la SPRL PARAMEDIC HOME SERVICES sont redevables produiront 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 d'un délai de 30 jours suivant la notification de la décision de la Chambre de recours, le cachet de la poste faisant foi, à défaut de paiement dans ce délai.

Il découle de ce qui précède que l'appel de Monsieur Sébastien FRANÇOIS et de la SPRL PARAMEDIC HOME SERVICES est partiellement fondé en tant que dirigé contre le SECM ».

IV. Premier moyen

IV.1. Requête

Les requérants prennent un premier moyen de la violation de l'article 149 de la Constitution, des articles 1^{er}, 2 et 780, 3^o, du Code judiciaire, de l'article 19, § 6, de l'arrêté royal du 9 mai 2008 fixant les règles de fonctionnement ainsi que du 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.

En une première branche, ils exposent qu'ils soutenaient à l'appui du troisième moyen de leurs « conclusions après cassation » que l'article 8, § 3, 5^o, 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 indemnité, – qui prévoit qu'« Aucuns honoraires ne sont dus 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 » –, est illégal et que son application doit par conséquent être écartée en vertu de l'article 159 de la Constitution. Ils reprochent à la décision attaquée de ne pas examiner la question de la légalité de l'article 8, § 3, 5°, précité en violation des dispositions visées par le moyen, qui imposaient à la Chambre de recours de motiver sa décision et par conséquent d'exposer dans celle-ci la raison pour laquelle leur argument a été rejeté.

En une seconde branche, ils font valoir que dans le cadre du cinquième moyen de leurs « conclusions après cassation », ils soutenaient qu'il est discriminatoire et inconstitutionnel que la loi n'autorise à accorder le sursis que pour la condamnation à l'amende et demandaient, pour ce motif, à la Chambre de recours d'envisager de leur octroyer le bénéfice du sursis tant pour la condamnation au paiement de l'amende que pour la condamnation au remboursement de la valeur des prestations induites attestées à charge de l'assurance soins de santé. Ils soutiennent qu'en leur accordant le bénéfice du sursis pour ce qui concerne la condamnation à l'amende sans examiner, comme ils le demandaient, la possibilité de leur accorder également pour ce qui concerne la condamnation au remboursement, la Chambre de recours n'a pas satisfait à l'obligation de motivation à laquelle elle était tenue en vertu des dispositions visées par le moyen et, partant, a méconnu celles-ci.

IV.2. Mémoire en réponse

La partie adverse déclare s'en référer à justice.

IV.3. Mémoire en réplique

Les requérants répliquent qu'il faut conclure de la réponse de la partie adverse qu'elle reconnaît que le moyen est fondé.

IV.4. Appréciation du Conseil d'État

Les règles du Code judiciaire sont susceptibles de s'appliquer à titre supplétif aux procédures administratives si elles se concilient avec le caractère autonome et spécifique de la procédure devant la juridiction dont la décision fait l'objet d'un pourvoi en cassation. La procédure devant la Chambre de recours est spécifiquement décrite par 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 dispositions de cet arrêté ont nécessairement pour effet d'écarter l'application de l'article 780 du Code judiciaire. En tant qu'il est pris de la violation de cette disposition et des articles 1^{er} et 2 du même Code qui rendent ces dispositions applicables aux procédures autres que celles conduites par les juridictions de l'ordre judiciaire, le moyen manque en droit.

Quant à la première branche

L'obligation de motivation qui s'impose à la Chambre de recours, en vertu des articles 149 de la Constitution et 19, § 6, 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, doit permettre aux justiciables et au Conseil d'État, saisi d'un recours en cassation, de vérifier que la juridiction a complètement examiné les éléments du dossier et a répondu aux arguments qui lui ont été présentés. Cette obligation de motiver implique que la juridiction administrative réponde explicitement ou implicitement à toute demande, exception, défense et à tout argument pertinent formulé par les parties.

En l'espèce, il ressort de la décision attaquée que pour condamner solidairement les requérants au remboursement de la valeur des prestations indument attestées à charge de l'assurance soins de santé et au paiement d'une amende administrative, la Chambre de recours a fait application de 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, lequel dispose comme suit :

« 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'examen du dossier de la procédure confirme qu'à l'appui de leurs conclusions « après cassation », les requérants soutenaient que l'article 8, § 3, 5°, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 précité est illégal et invitaient la Chambre de recours à en écarter l'application sur la base de l'article 159 de la Constitution.

La décision attaquée, qui ne fait même pas état de cet argument, ne permet en rien de comprendre la raison pour laquelle il n'a pas convaincu la Chambre de recours de réformer la décision de la Chambre de première instance et méconnaît

dès lors les articles 149 de la Constitution et 19, § 6, de l'arrêté royal du 9 mai 2008 précité.

En sa première branche, le moyen est fondé.

Quant à la seconde branche

Dans le cadre du cinquième moyen de leurs « conclusions après cassation », les requérants soutenaient que le remboursement de la valeur des prestations indument attestées étant à l'instar de l'amende administrative une sanction administrative, « c'est donc à tort, de façon discriminatoire et inconstitutionnelle, que l'article 157 limite le sursis aux amendes » et ils demandaient expressément à la Chambre de recours « d'assortir le remboursement du [...] sursis ».

La décision attaquée ne fait pas état de la demande d'octroi du sursis pour ce qui concerne la condamnation au remboursement de la valeur des prestations indument attestées à charge de l'assurance soins de santé, à laquelle elle ne répond pas, fût-ce même implicitement, en violation des articles 149 de la Constitution et 19, § 6, de l'arrêté royal du 9 mai 2008, en vertu desquels la Chambre de recours est tenue de motiver ses décisions, ce qui implique qu'elle rencontre les moyens et arguments invoqués par la partie requérante, du moins lorsqu'elle les rejette.

En sa deuxième branche, le moyen est fondé également.

**PAR CES MOTIFS,
D E C I D E :**

Article 1^{er}.

Est cassée la décision prise le 11 mars 2021 par la Chambre de recours instituée auprès du Service d'évaluation et de Contrôle Médicaux de l'Institut National d'Assurance-Maladie-Invalidité (le « SECM ») (n° de rôle FB-003-16).

Article 2.

Le présent arrêt sera transcrit sur les registres de la Chambre de recours instituée auprès de l'INAMI et mention en sera faite en marge de la décision cassée.

Article 3.

L'affaire est renvoyée devant la Chambre de recours instituée auprès de l'INAMI autrement composée.

Article 4.

La partie adverse supporte les dépens, à savoir les droits de rôle de 400 euros et la contribution de 20 euros.

Ainsi prononcé à Bruxelles le 26 octobre 2023, par la VI^e chambre du Conseil d'État, composée de :

Imre Kovalovszky,
David De Roy,
Florence Piret,
Vincent Durieux,

président de chambre,
conseiller d'État,
conseiller d'État,
greffier.

Le Greffier,

Le Président,

Vincent Durieux

Imre Kovalovszky