

DECISION DE LA CHAMBRE DE PREMIERE INSTANCE DU 18 MARS 2021
Numéro de rôle FA-002-20

EN CAUSE DE : **Madame A.**
Infirmière graduée et assimilée

SPRL B. (dont la liquidation a été clôturée par décision du tribunal de première instance de ... du ...)

SPRL C. (en faillite : curateur Me D.)

Mme A. comparissant en personne assistée de Maître E., avocate.

CONTRE : **SERVICE D'ÉVALUATION ET DE CONTRÔLE MÉDICAUX**,
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 F., médecin-inspecteur, et par Madame G.,
juriste.

I. LA 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 Service d'évaluation et de contrôle médicaux (« SECM ») ;
- la note de synthèse et le dossier de pièces du SECM ;
- les différentes convocations en vue de l'audience du 10 décembre 2020.

Mme A. n'a pas conclu ni déposé de dossier.

A l'audience du 10 décembre 2020, Mme A., assistée de son conseil, a comparu, de même que le SECM.

La SPRL B. (dissoute et liquidée) et la SPRL C. (en faillite) n'ont pas comparu.

Les parties présentes ont été entendues.

Les débats ont été clos et l'affaire prise en délibéré.

Il a été fait application de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 (ci-après loi ASSI) 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.

II. L'OBJET DE LA DEMANDE

Aux termes de sa requête, le SECM demande à la Chambre de première instance de :

- déclarer établis les griefs formulés pour tous les cas cités dans la note de synthèse ;
- condamner Mme A. au remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé au titre des griefs 1 à 2.6, soit la somme de 257.529,12 euros (article 142, § 1er, 1° et 2° de la loi ASSI) ;
- condamner solidairement la société C. au remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé, soit la somme de 121.674,14 euros (art. 164, al. 2, de la loi ASSI) ;
- condamner Mme A. au paiement d'une amende administrative s'élevant à 150% du montant de la valeur des prestations indues au titre du grief 1, soit la somme de 77.863,61 euros (article 142, § 1er, 1° de la loi ASSI) ;
- condamner Mme A. au paiement d'une amende administrative s'élevant à 100% du montant de la valeur des prestations indues au titre du grief 2.2 à 2.6, soit la somme de 115.919,36 euros (article 142, § 1er, 2° de la loi ASSI) ;
- dire qu'à défaut de paiement des sommes dues dans les 30 jours de la notification de la décision de la Chambre de première instance, des intérêts au taux légal en matière sociale, tel que prévu à l'article 156, § 1er de la loi ASSI, seront dus, de plein droit, à compter de l'expiration du délai précité.

III. SYNTHÈSE DES FAITS ET EXPOSÉ DES GRIEFS

Mme A. est infirmière graduée, diplômée en 1996.

Elle effectue des soins à domicile depuis 2005, date à laquelle elle a constitué la société B. Puis, en 2012, elle a constitué une société C. Elle était gérante de ces sociétés (jusqu'au 1^{er} février 2017 pour C.). Ces sociétés avaient leur siège à l'adresse du domicile de Mme A. B. a été dissoute par jugement du tribunal de première instance de ... du ... ; ce même tribunal a prononcé la clôture de la liquidation le ... C. a été déclarée en faillite le ...

Mme A. utilisait un logiciel pour la facturation, dont elle s'occupe. Le SECM expose, sans être contredit, que Mme A. encode les patients et les soins demandés sur base de la prescription du médecin. Le logiciel génère la facturation sans qu'il ne faille confirmer les soins effectués mais il faut décocher les soins non effectués et clôturer la facturation en cas d'arrêt des soins¹.

Toutes les prestations de soins infirmiers ont été facturées au nom de Mme A. Cette dernière a expliqué qu'ajouter un prestataire au logiciel de facturation représente un coût... Elle a déclaré ignorer qu'il fallait que le soin soit attesté au nom du prestataire. Elle a toutefois, en 2015, sans disposer d'un mandat, ajouté le nom d'une prestataire (l'infirmière H.) pour imputer des soins qu'elle ne pouvait plus ajouter à son propre nom pour des raisons techniques².

Le volume d'activité enregistré au nom de Mme A. est très élevé : 316.000 euros de remboursements en 2013, 429.000 en 2014, 247.000 en 2015, 272.495 en 2016. Certains soins spécifiques sont facturés en grand nombre, notamment des soins de plaie spécifique (percentile 100).

¹ Note de synthèse, page 5.

² Note de synthèse, page 6.

Par décision du 14 février 2017, le Fonctionnaire-dirigeant du SECM, faisant application de l'article 77^{sexies} de la loi ASSI, a suspendu totalement les paiements par les organismes assureurs dans le cadre du régime du tiers payant pour une période de 12 mois, après avoir constaté l'existence d'indices graves, précis et concordants de fraude relatifs à la facturation à l'assurance soins de santé en tiers payant. Mme A. a contesté cette décision devant le tribunal du travail qui a constaté que son recours était devenu sans objet, Mme A. ayant cessé ses activités³.

L'enquête du SECM a été entamée après constat du profil d'activité très élevé de Mme A.

Le 20 mars 2017, le SECM a établi un procès-verbal de constat des infractions à la réglementation.

Le premier grief porte sur des prestations non effectuées, introduites en remboursement auprès des organismes assureurs du 7 janvier 2015 au 30 septembre 2016.

Mme A. facture des soins à l'avance sur la base des prescriptions médicales, alors que certains de ces soins ne sont en réalité pas effectués : des soins sont prolongés malgré l'absence de prescriptions médicales ou des soins non prescrits sont ajoutés à la facturation. Mme A. facture à son nom des toilettes ou des forfaits sans connaître les patients, selon elle en se basant sur les déclarations de ses collaborateurs. Selon le SECM, l'explication de l'erreur d'encodage ne peut être admise.

Le SECM a relevé 7.384 prestations non effectuées chez 14 assurés pour un montant total attesté de 51.909,07 euros.

Le second grief porte sur des prestations non conformes :

- les dossiers infirmiers ne répondent pas aux conditions de l'article 8 de la nomenclature ; le grief est limité, par souci de modération, à la période d'introduction aux organismes assureurs du 1^{er} juillet 2016 au 30 septembre 2016 (3 mois). Le contenu minimal du dossier infirmier doit comporter diverses mentions et notamment la planification et l'évaluation des soins, que le SECM n'a pas retrouvées dans les dossiers consultés. Pour ce grief, 15.467 prestations concernant 83 assurés sont concernées, pour un indu de 90.481,23 euros ;
- le degré requis de dépendance physique (échelle de Katz) n'était pas atteint pour attester des honoraires forfaitaires (prestations introduites du 7 janvier 2015 au 30 juin 2016) ; les critères de l'échelle de Katz ont été surévalués, dans plusieurs cas commentés dans la note de synthèse ; 1.074 prestations sont concernées pour 4 assurés, l'indu s'élevant à 23.718,63 euros ;
- des toilettes ont été attestées alors qu'elles n'ont pas été effectuées (indu porté à néant car le grief est déjà repris sous d'autres griefs) ;
- les soins de plaies spécifiques ne satisfont pas aux critères de la nomenclature (indu de 399,63 euros) ;

³ Le SECM a toutefois indiqué à l'audience que Mme A. continuerait en réalité à travailler dans un groupement infirmier ouvert par son mari via la SRL « I. ».

- des prestations ont été attestées alors qu'elles ont été effectuées par des personnes non habilitées (aides-soignants), en violation de l'article 8, § 11 et § 12 – 2° de la nomenclature (indu de 34.888,78 euros) ;
- les prescriptions des prestations techniques ne sont pas présentes ou ne satisfont pas aux critères de la nomenclature (indu de 56.131,78 euros).

L'indu total s'élève à 257.529,12 euros.

Mme A. n'a procédé à aucun remboursement volontaire.

Par sa requête, le SECM demande de condamner Mme A. à rembourser l'indu et de condamner solidairement C. à rembourser 121.674,14 euros (B. étant dissoute et sa liquidation clôturée).

IV. POSITION DE Mme A.

Mme A. n'a pas conclu et n'a pas déposé de dossier.

À l'audience, son conseil a exposé différents éléments, notamment :

- Mme A. a reconnu ne pas avoir bien encodé certains soins ;
- elle soutient toutefois que ces soins ont été faits, notamment des soins de plaie (simple) ;
- les aides-soignants étaient compétents, même si non habilités, et les actes ont été posés ;
- les médecins auraient dû être interrogés concernant les prescriptions médicales ;
- Mme A. s'est fait voler certaines prescriptions médicales ;
- elle reconnaît certains faits mais estime ne pas être responsable pour d'autres faits.

V. POSITION DU SECM

Le SECM s'en réfère à sa requête et à sa note de synthèse, comme expliqué ci-avant.

A l'audience, le SECM réplique :

- la nomenclature prévoit des conditions strictes pour permettre à des aides-soignants d'effectuer des soins infirmiers ; ces conditions n'ont pas été remplies ;
- la nomenclature prévoit précisément ce que la prescription médicale doit mentionner ;
- à titre exemplatif, dans un des cas mentionnés (Madame J.), des injections et des soins de plaie ont été attestés chaque jour pendant deux mois alors que la prescription mentionne 10 injections et une fois retirer les fils ;
- la plainte de Mme A. suite au vol dont elle dit avoir été victime ne fait pas état d'un vol de prescriptions médicales.

VI. POSITION DE LA CHAMBRE DE PREMIERE INSTANCE

VI.1 EN DROIT

Suivant l'article 73bis de la loi ASSI :

« 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, § 1^{er} :

1° de rédiger, faire rédiger, délivrer ou faire délivrer des documents réglementaires permettant le remboursement des prestations de santé lorsque les prestations n'ont pas été effectuées ou fournies ou lorsqu'elles ont été effectuées ou fournies durant une période d'interdiction temporaire ou définitive d'exercice de la profession ;

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 ;

(...) ».

Suivant l'article 142, § 1^{er} de la même loi (la Chambre souligne) :

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

(...) ».

L'article 164, alinéa 2 de la loi ASSI dispose :

« 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.] [...] »

VI.2 APPLICATION

Les constats d'infraction opérés par le SECM, résumés dans la note de synthèse, s'appuient sur les éléments recueillis lors de l'enquête et notamment les déclarations de Mme A., l'audition de tiers, l'examen des dossiers infirmiers et les données de facturation communiquées par les organismes assureurs.

La Chambre n'aperçoit aucun motif de remettre en cause ces constats, d'autant que Mme A. n'a pas conclu pour contester précisément les griefs.

La nomenclature contient des conditions précises pour obtenir le remboursement des soins. Ces conditions n'ont pas été respectées, pour de très nombreuses prestations et ce alors même que l'enquête ne porte que sur une période limitée.

Mme A. a gravement négligé ses responsabilités de dispensateur de soins en attestant « à l'avance » des soins sur la base de prescriptions médicales (et donc en attestant des soins non encore réalisés ou qui ne le seront pas⁴), en attestant des soins de plaie spécifique en masse (alors qu'il s'agit de soins plutôt rares), en attestant à son nom des prestations faites par des aides-soignants sans respecter aucune des conditions règlementaires pour ce faire, en négligeant la tenue des dossiers infirmiers, en attestant des forfaits de soins sur base d'un score de dépendance excessif pour des patients qu'elle ne connaissait pas toujours, en attestant des forfaits de grande dépendance sans même qu'il n'y ait de toilettes effectuées⁵,...

Il est établi que Mme A. a attesté des soins non effectués et des soins non conformes.

En application de l'article 142, § 1^{er}, 1° et 2° de la loi ASSI, Mme A. doit rembourser l'indu.

La SPRL C. est solidairement tenue du remboursement de l'indu qui se rapporte aux remboursements qu'elle a perçus, conformément à l'article 164, alinéa 2 de la loi ASSI, précité.

Enfin, il y a lieu de prononcer une amende administrative à charge de Mme A.

Le SECM sollicite l'application d'une sanction de 150% (le maximum étant de 200%) pour le premier grief, lié à des prestations non effectuées.

La Chambre estime qu'une telle sanction est adéquate et proportionnée : le fait d'attester des prestations non effectuées en grand nombre constitue l'infraction la plus grave.

La Chambre retient également que Mme A. n'a procédé à aucun remboursement volontaire.

En ce qui concerne les prestations non conformes (griefs 2.2 à 2.6), le SECM demande l'application d'une sanction de 100% du montant de l'indu (le maximum étant de 150%).

⁴ Mme A. a déclaré que « *il est possible que le prestataire concerné ne communique pas la fin des soins* » ! (v. p. 41 note de synthèse).

⁵ Voyez par exemple le cas de M. K. en page 43 de la note de synthèse : un forfait B est attesté chaque jour pendant plus d'un an et demi alors que ce patient n'est soigné que 3 fois par semaine : l'indu se chiffre à 11.000 euros. Voir encore le cas de Mme L. qui déclare, de même que Mme H. (et ce que confirme le dossier médical), qu'il n'y a des soins que 5 fois par semaine, alors pourtant qu'un forfait B est attesté chaque jour pendant plus d'un an, y compris le weekend (v. p. 45 note de synthèse).

Les graves négligences commises par Mme A. justifient qu'une telle sanction soit prononcée.

La Chambre note que le SECM ne sollicite pas l'application d'une sanction concernant le grief lié à la tenue non conforme des dossiers infirmiers (grief 2.1), pour lequel il se limite à récupérer l'indu (v. page 8 de la requête).

La demande du SECM est intégralement fondée.

Les sommes, dont les défenderesses sont redevables, doivent être payées dans les trente jours de la notification de la décision de la Chambre de première instance. A défaut de paiement dans ce délai, les sommes restant dues produisent de plein droit 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 à compter de l'expiration de ce délai (art.156, §1^{er}, al. 2, de la loi ASSI).

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DE PREMIERE INSTANCE,**

Statuant après un débat contradictoire à l'égard de Mme A. et par défaut à l'égard des sociétés SPRL B. et SPRL C. ;

Déclare établis les griefs formulés pour tous les cas cités dans la note de synthèse ;

Condamne Mme A. au remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé au titre des griefs 1 à 2.6, soit la somme de 257.529,12 euros (article 142, § 1^{er}, 1^o et 2^o de la loi ASSI) ;

Condamne solidairement la société C. au remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé, soit la somme de 121.674,14 euros (art. 164, al. 2, de la loi ASSI) ;

Condamne Mme A. au paiement d'une amende administrative s'élevant à 150% du montant de la valeur des prestations indues au titre du grief 1, soit la somme de 77.863,61 euros (article 142, § 1^{er}, 1^o de la loi ASSI) ;

Condamne Mme A. au paiement d'une amende administrative s'élevant à 100% du montant de la valeur des prestations indues au titre du grief 2.2 à 2.6, soit la somme de 115.919,36 euros (article 142, § 1^{er}, 2^o de la loi ASSI) ;

Dit qu'à défaut de paiement des sommes dues dans les 30 jours de la notification de la décision de la Chambre de première instance, des intérêts au taux légal en matière sociale, tel que prévu à l'article 156, § 1^{er} de la loi ASSI, seront dus, de plein droit, à compter de l'expiration du délai précité.

La présente décision est prise par la Chambre de première instance, composée de Monsieur François-Xavier HORION, Président, des docteurs Sophie CARLIER et Xavier GILLIS, Monsieur Johan CORIJN, Madame Mylène DAUNNO, membres.

Et prononcée à l'audience du 18 mars 2021 par Monsieur François-Xavier HORION, Président, assisté de Madame Caroline METENS, Greffier.

METENS Caroline
Greffier

HORION François-Xavier
Président