

DECISION DE LA CHAMBRE DE PREMIERE INSTANCE DU 20 OCTOBRE 2023

Numéro de rôle FA-004-22

EN CAUSE DE : **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 D., médecin-inspecteur et par Madame E., juriste.

Partie requérante ;

CONTRE : **Monsieur A., administrateur**
et **B. SNC**

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

Comparaissant en personne et en sa qualité de gérant de la SNC B., assisté par Maître C., avocat.

Parties défenderesses.

I. PROCEDURE

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

- La requête du service d'évaluation et de contrôle médicaux (ci-après le SECM) ;
- La note de synthèse et le dossier du SECM ;
- Les différentes convocations en vue de l'audience du 14 septembre 2023 ;
- La copie de la plainte avec constitution de partie civile déposée par Monsieur A. et la SNC B. à l'encontre de Madame F., Monsieur G. et la SRL H.

Les parties défenderesses n'ont pas conclu.

Les deux parties ont comparu à l'audience du 14.09.2023, audience à laquelle les débats ont été clos et le dossier pris 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 de l'arrêté royal du 9 mai 2008 fixant les règles de fonctionnement et le règlement de procédure des chambres de première instance et de recours.

II. OBJET DE LA DEMANDE

En termes de 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 solidairement M. A. et la société B. au remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé, soit la somme de 498.806,71 euros (articles 142, §1er, 1° et 2° et 164, alinéa 2 de la loi SSI) ;
- Condamner M. A. au paiement d'une amende administrative s'élevant à 150 % du montant de la valeur des prestations indues dont 1/3 avec sursis pour les prestations non effectuées, soit la somme de 31.651,64 euros (article 142, §1er, 1° de la loi SSI) ;
- Condamner M. A. au paiement d'une amende administrative s'élevant à 100 % du montant de la valeur des prestations indues avec un sursis total pour les prestations non conformes relatives au 2ème grief (article 142, §1er, 2° de la loi SSI) ;
- 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 SSI, seront dus, de plein droit, à l'expiration du délai précité.

III. LA SURSÉANCE À STATUER EN VERTU DU PRINCIPE « LE CRIMINEL TIENT LE CIVIL EN L'ÉTAT »

Bien que les parties défenderesses n'aient pas conclu, elles sollicitent la surséance à statuer.

Dans sa plainte avec constitution de partie civile, déposée le 11.07.2023, Monsieur A. précise n'avoir jamais été en quelque sorte qu'un « gérant sur le papier », la gérance étant en réalité exercée par Madame F., infirmière.

A. Les dispositions légales et la jurisprudence

L'article 4 du Code d'instruction criminelle impose de surseoir à statuer lorsqu'une action publique en cours conditionne l'issue d'un litige civil.

Mais ce principe ne joue pas automatiquement en ce sens qu'il suffirait d'introduire une plainte pour qu'immédiatement l'action civile soit paralysée.

La Cour du Travail de Bruxelles résume la problématique en ces termes :

« L'appelant, invoquant l'adage "le criminel tient le civil en état" sollicite qu'il soit sursis à statuer en attendant l'issue définitive de sa plainte ; en effet, l'article 4 du titre préliminaire du Code de procédure pénale ordonne la suspension de l'action civile tant qu'il n'a pas été prononcé définitivement sur l'action publique intentée avant ou pendant la poursuite de l'action civile ; cette règle touche l'ordre public.

La finalité du principe est double : d'une part, il convient d'éviter les contradictions possibles entre les décisions judiciaires civiles et pénales, de l'autre, il s'agit d'assurer la primauté des juridictions pénales et de consacrer l'autorité absolue qui s'attache aux décisions prononcées par ces dernières.

Il convient de souligner que ce principe n'est applicable que pour autant que l'action criminelle et l'action civile naissent du même fait et que la première soit de nature à influencer la solution de la seconde (souligné par la présente chambre).

Selon l'appelant tel est le cas en l'espèce, l'intimée pour sa part nuance sensiblement cette thèse.

S'il s'avère exact que l'appelant a déposé une plainte avec constitution de partie civile à l'encontre de Monsieur P. du chef de faux témoignage et qu'une instruction pénale est en cours, il convient toutefois de signaler que surseoir à statuer ne sera obligatoire que pour autant que le témoignage contesté de Monsieur P. soit le seul élément de preuve retenu par la Cour ; autrement dit, dès lors que d'autres éléments sont susceptibles d'emporter la conviction de la Cour, il n'y a pas lieu à surseoir à l'examen du litige. »¹

La Cour du travail de Liège analyse cet adage sous le même angle :

« L'application de la règle contenue dans l'article 4 de la loi du 17/04/1878, connue sous les termes de l'adage " le criminel tient le civil en état " implique que plusieurs conditions soient réalisées :

"Pour que l'exercice de l'action civile soit suspendu jusqu'au règlement définitif de l'action publique, il faut le concours de diverses conditions :

1° Les deux actions doivent naître du même fait, sinon le jugement de l'action publique ne peut exercer aucune influence sur le jugement de l'action civile.

2° L'action civile doit être engagée ; le sursis est subordonné à l'exercice simultané des deux actions procédant du même fait.

3° Il ne peut être sursis au jugement de l'action civile exercée séparément de l'action publique que si les deux actions sont exercées devant des tribunaux belges et en raison du même fait". (RPDB Verbo Action Civile p.154 n° 95 à 110)

" L'action publique doit être de nature à influencer la solution de l'action civile (CONSTANT, Cours de procédure pénale p.67; BRAAS, Précis de Procédure pénale, BRUYLANT, 1950 T I p.149)".

" ... L'action publique doit être née du même fait que l'action publique dont l'intentement provoque le sursis, ou elle doit être relative à des points qui sont communs à une action publique intentée avant ou au cours de l'exercice de l'action civile.

Ainsi la règle selon laquelle "le criminel tient le civil en état" ne s'applique pas lorsqu'une instruction vise des faits différents de ceux invoqués à l'appui de l'action civile.

En d'autres termes, les faits générateurs de la prétention soumise au juge civil (la cause de la demande) doivent être, en tout ou en partie, ceux qui justifient la saisine du magistrat répressif.

¹ C.T.Bruxelles, 2^{ème} ch., 19 juillet 2001, R.G.41.590 ; voir également en ce sens : Cass., 3^{ème} ch., 19 mars 2001, R.G. S000129 NT et Cass., 3^{ème} ch., 31 janvier 2000, R.G. F990116F).

A cet égard la jurisprudence se montre parfois trop large. On a par exemple admis à tort que le juge civil doit surseoir à statuer dès que le résultat de la poursuite pénale est de nature à avoir une influence sur l'issue du procès civil". (A. FETWEISS, Manuel de procédure civile, n°635 p.438). »²

B. En l'espèce

Les infractions reprochées à Monsieur A. se situent entre le 17.06.2016 et le 31.12.2018. Les griefs seront précisés aux points suivants mais, en résumé, les reproches visent des prestations non effectuées ou réalisées par des personnes non habilitées.

La plainte a trait à des faits qui se sont passés postérieurement à la séparation du couple soit en 2019, 2020 et 2023 et qui sont relatifs à la constitution d'une société concurrente par Madame F., ayant le même objet et située là où la société B. disposait d'un local commercial, ce qui entraînerait des confusions entre les deux sociétés.

Il n'y a donc pas lieu de surseoir à statuer dans l'attente de l'issue de cette plainte.

IV. SYNTHESE DES FAITS

Les personnes et les sociétés

Monsieur A. et Madame F. ont formé un couple.

Monsieur A. est né ... où il a suivi 3 formations (réparateur automobile, - électricité automobile, et informatique (attestation, pas de diplôme). En Belgique, il a suivi la gestion de base au ... à ...

Il est le gérant de la SNC « B. » (ci-après B.) depuis le 02.02.2017. Entre le 01/09/2015 et le 16/01/2017, il a travaillé comme responsable commercial, salarié dans la société de soins à domicile, « B. S.P.R.L. » (ouverture de faillite). Cette société était celle créée par son épouse.

Depuis le 01/04/2017, il est indépendant en activité principale.

Mme F., infirmière en chef N° INAMI : ... est diplômée comme infirmière en 2013 et n'a pas suivi de formation complémentaire. Elle a commencé directement dans les soins à domicile en 2013 comme indépendante dans sa propre entreprise, « B. ».

Plus précisément, le 7 août 2012, la S.P.R.L. « I. » créée le 10 août 2009 et dont Mme F. est la gérante depuis le 22/6/2012, change de dénomination et devient « B. », numéro BCE ..., lié au numéro tiers payant

La société a fait faillite le 16/01/2017. Le numéro tiers payant a été clôturé à l'INAMI le 01/06/2019. En 2018 et 2019, il n'y a plus eu de facturation sur ce numéro tiers payant.

Depuis mars 2017, suite à la faillite, Madame F. est salariée dans la société de son conjoint (au moment des faits) Monsieur A., « B. » à temps partiel. Depuis octobre 2018, elle a un contrat à temps plein.

² C.T. Liège, 5ème ch. 21 avril 2004, R.G. JS60755_1

Sur base des informations mentionnées à la BCE sous le n° ..., la société B. a été créée le 01.02.2017 et Monsieur A. en est le gérant depuis le 02.02.2017.

Madame F. détient 8 parts sociales et Monsieur A., 2 parts sociales. Madame F. en est la première gérante. Mais dès le lendemain, elle cède ses parts à Monsieur A. et démissionne de son mandat de gérante. Monsieur A. devient gérant et cède une part à un tiers.

Ce numéro BCE est lié au tiers payant n° ... ouvert le 1/2/17. Monsieur A. est le responsable du groupement à partir du 1/3/2017.

Enfin, le 5 novembre 2019, Mme F. crée la S.R.L. « X. » n° BCE

Le 1/12/2020, le siège social déménage au ... Madame F. en est l'administrateur. En février 2020, Madame F. demande un nouveau numéro tiers payant ... lié à la société « X. ».

Tableau anonymisé :

Les personnes occupées par la société B.

Mr. A. n'a pas introduit une déclaration sur l'honneur auprès de l'Institut National d'Assurance Maladie Invalidité conformément à la directive fixée par le Comité de l'assurance soins de santé, comprenant au moins les données permettant d'identifier l'équipe. Dès lors, il ne répond pas aux conditions pour pouvoir travailler avec des aides-soignants.

La société B. a occupé du personnel réparti comme suit :

1. infirmière en chef F. (n° Institut National d'Assurance Maladie Invalidité ...)

Elle est l'infirmière en chef et est également, au moment des faits, la conjointe de Monsieur A. Des déclarations des patients et des collaborateurs, il apparaît que c'est elle qui gère le côté soins de la société.

2. infirmiers

Durant la période du 01/03/2017 au 31/12/2018, Monsieur A. a employé 9 infirmiers pour un équivalent temps plein de 2,736842.

3. aides-soignants

Durant la période du 01/03/2017 au 31/12/2018, Monsieur A. a employé 8 aides-soignants pour un équivalent temps plein de 0,315789.

4. personnes non-habilitées

Durant la période du 01/03/2017 au 31/12/2018, Monsieur A. a employé 13 personnes sans n° Institut National d'Assurances Maladie Invalidité pour un équivalent temps plein de 1,657895.

L'organisation du travail

Selon l'enquête, c'est Monsieur A. qui fait la programmation des différentes tournées. Il transmet les listes de travail la veille à ses collaborateurs par courriel. Les collaborateurs lui transmettent les changements via WhatsApp.

Pour l'échelle de Katz, c'est le collaborateur qui passe en premier lieu chez un patient, (la plupart du temps il s'agit de Madame F.), qui transmet les détails concernant l'état du patient à Monsieur A. lequel transmet ces informations au bureau de tarification qui à son tour introduit les échelles de Katz via MyCareNet, basées sur les scores établis par Monsieur A.

Facturation

La facturation se fait par le bureau de tarification « ... », sur base des données transmises par Monsieur A.

Celui-ci remplit chaque soir la grille mensuelle par infirmier. Il y coche les patients qui ont été soignés ce jour-là. Juste une croix, il ne mentionne pas les soins donnés. Le collaborateur qui passe en premier lieu chez un patient lui transmet les prescriptions et les informations nécessaires. Il transmet les données liées aux prescriptions au bureau de tarification. Quand le nom du patient et la date sont cochés, le bureau de tarification sait ce qui doit être facturé.

Tous les soins sont facturés au nom des infirmiers, également les soins effectués par des aides-soignants et des personnes non-habilitées.

Les remboursements des organismes assureurs se font sur le compte de la société B.

Dossiers infirmiers

Chez certains patients, il y a une farde rouge où chaque passage devrait être signé. Cela ne se fait pas par manque de temps.

Les dossiers remis contiennent des feuilles avec les coordonnées de patients, les soins à donner et le plan de soins à préciser et les feuilles 'soins-prestataires' où le prestataire doit noter le soin, les paramètres et le signer. Toutes ces feuilles sont incomplètes, même rarement remplies.

Remise du justificatif

Les justificatifs contenant les soins facturés auprès de mutuelles ne sont pas remis aux patients. D'après Monsieur A., les patients le refusent de peur de devoir payer un ticket modérateur.

Lecture de la carte d'identité

Chaque infirmier a son lecteur de carte d'identité.

Les autres collaborateurs n'en ont pas :

- ils reçoivent le login et le mot de passe d'un des infirmiers ou
- ils doivent scanner le code barre ou
- madame F. introduit ultérieurement les données manuellement.

Un procès-verbal de constat est dressé et est adressé à Monsieur A. et à la SNC « B. » le 17.03.2020.

Ce document est resté sans suite.

V. GRIEFS

Les griefs reprochés constituent une infraction visée à l'art. 73 bis 1° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 (LC).

Grief n° 1 - Prestations non effectuées

Du 17/06/2016 jusqu'au 31/12/2018

Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer des documents réglementaires permettant le remboursement des prestations de santé lorsque les prestations n'ont pas été effectuées ou fournies ou lorsqu'elles ont été effectuées ou fournies durant une période d'interdiction temporaire ou définitive d'exercice de la profession.

En l'espèce, il s'agit de prestations de l'article 8, § 1er, 1°, I, A, B, VIII et 2°, I, A, B, VII de la nomenclature des prestations de santé (NPS), portées en compte au nom de 4 assurés alors qu'elles n'ont pas été réalisées.

La période des prestations litigieuses s'étend du 17.06.2016 au 31.12.2018.

Le grief concerne 4 assurés pour 2.846 prestations et pour un montant indûment attesté de 31.651,64 €.

Il n'y a pas eu de remboursement volontaire.

Grief n° 2 – Prestations non-conformes : Prestations effectuées par des personnes non-habilitées

Entre le 17/06/2016 et le 31/12/2018

Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer des documents réglementaires permettant le remboursement des prestations de santé lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, dans ses arrêtés et règlements d'exécution, dans les conventions et accords conclus en vertu de cette même loi.

Infraction visée à l'art 73 bis 2^{o3} de la loi ASSI coordonnée le 14 juillet 1994

En l'espèce, il s'agit de prestations visées à l'article 8, §§ 11 et 12 de la NPS, portées en compte de 217 assurés pour 106.041 prestations et pour un montant de 401.544,50 €⁴.

³ 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

⁴ Le grief 2 chevauchant le grief 1, il faut retirer le montant indu du grief 1 pour le calcul de l'indu restant au titre du grief 2 : 878.754,41 – 31.651,64 = 847.102,77 sur lequel on applique 47,4021% = 401.544,50 € est l'indu au titre du grief 2.

Grief n° 3 – Prestations non-conformes : les dossiers infirmiers ne répondent pas aux conditions prévues à l'article 8

Entre le 17/06/2016 et le 31/12/2018

Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer des documents réglementaires permettant le remboursement des prestations de santé lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, dans ses arrêtés et règlements d'exécution, dans les conventions et accords conclus en vertu de cette même loi.

Infraction visée à l'art 73 bis 2° de la Loi ASSI coordonnée le 14 juillet 1994

En l'espèce il s'agit de prestations visées à l'article 8 664 et suivants de la NPS en cause de 9 assurés et 14418 prestations pour un indu attesté de 156.391,54 €.

Toutefois, le grief 3 chevauchant le grief 1 (4 dossiers non conformes concernent les 4 patients du grief 1) , il faut retirer le montant indu du grief 1 pour le calcul de l'indu restant au titre du grief 3 : $156.391,54 - 31.651,64 = 124.739,90$ sur lequel on applique 52,5979% car 47,4021% de l'indu est repris dans le grief 2.
L'indu au titre du grief 3 est donc de 65.610,57 €.

VI. COMPETENCE ET RECEVABILITE

La Chambre de Première instance dispose d'une compétence de pleine juridiction pour connaître des infractions aux prescriptions de l'article 73 bis de la Loi ASSI, qui sont soustraites à la compétence du fonctionnaire dirigeant dès lors que la valeur des prestations litigieuses est égale ou supérieure à 35.000 € (art. 144, §2, 1° de la loi ASSI) ce qui est le cas en la présente cause.

Notre chambre a été saisie par le fonctionnaire dirigeant endéans les 3 ans à partir du PV de constat, soit dans le délai prévu, à peine de forclusion par l'article 142, §3 de la loi ASSI.

Notre chambre est compétente pour connaître de la demande du SECM, laquelle est recevable.

VII. EXAMEN DE LA DEMANDE DU SECM

Suivant l'article 73bis de la loi ASSI :

« Sans préjudice d'éventuelles poursuites pénales et/ou disciplinaires et notwithstanding 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 ; (...) ».

Suivant l'article 142, § 1er de la même loi :

« 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 :

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°; (...) ».

GRIEF n° 1 - Prestations non effectuées

Il s'agit de prestations de l'article 8, § 1er, 1°, I, A, B, II, 2° de la nomenclature des prestations de santé (NPS), portées en compte au nom de 4 assurés alors qu'elles n'ont pas été réalisées.

L'absence de prestations pour les 4 assurés résultent de la déclaration de la mère des sœurs W. en combinaison avec les dossiers infirmiers, des déclarations des deux autres patientes, de Monsieur A. et de Madame F.

Ces dossiers montrent que pour J., il n'y pas eu de soins (forfait C) pendant la période investiguée (du 1/2/2017 au 5/9/2017) et pour K., la mère est certaine des dates. Il n'y a plus eu de soins à partir du 20/7/2017 alors que des forfaits C ont été facturés jusqu'au 5/9/2017.

Dans le cas de Madame L., Madame F., infirmière en chef, a confirmé la déclaration de l'assurée : 4 jours de soins par semaine (forfait B) ont été facturés sans être effectués.

Pour le cas de Madame M., celle-ci est très claire dans sa déclaration. Elle n'a toujours été soignée que 2 fois par semaine. Or 5 jours de soins (forfait B) par semaine ont été facturés sans être effectués.

Monsieur A. a déclaré le 13/01/2020: « ...C'est moi qui fais la programmation des tournées différentes, chaque jour. Je le transmets la veille à l'infirmier qui travaille le lendemain. Cet infirmier me prévient s'il y a des changements... Chaque soir, je remplis une grille mensuelle. Je coche les patients qui ont été soignés ce jour ».

Ce grief est établi.

Grief n° 2 – Prestations non-conformes : Prestations effectuées par des personnes non-habilitées

Selon l'article 8 §§ 11 et 12 de la NPS en vigueur à l'époque des faits,

"§ 11. Le praticien de l'art infirmier ne peut établir ni signer une attestation de soins donnés lorsque les prestations sont effectuées par une personne non habilitée à les porter en compte à l'assurance soins de santé, qui se substitue en tout ou en partie au praticien de l'art infirmier, même en présence de ce dernier." "L'infirmier peut néanmoins rédiger une attestation de soins donnés et la signer si les prestations sont effectuées entièrement ou en partie par un aide-soignant selon les conditions et les modalités du §

12 du présent article." "L'assistance d'une tierce personne ne peut être sollicitée que si l'état du patient nécessite une aide durant l'exécution de la prestation."

"§ 12 Dispositions détaillées concernant les prestations dans le cadre desquelles un aide-soignant effectue des activités infirmières, confiées par un infirmier :

1 ° Sans porter préjudice aux dispositions des autres paragraphes du présent article, une intervention de l'assurance est octroyée pour les prestations décrites dans cet article dans le cadre desquelles un aide-soignant effectue des activités infirmières, confiées par un infirmier, aux conditions mentionnées dans le présent paragraphe.

Par « aide-soignant » on entend la personne visée à l'article 21 sexiesdecies de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967.

Les « activités infirmières » en question sont fixées par l'AR du 12 janvier 2006 fixant les activités infirmières qui peuvent être effectuées par des aides-soignants et les conditions dans lesquelles ces aides-soignants peuvent poser ces actes. Si les conditions de ce paragraphe ne sont pas remplies il n'y a pas d'intervention de l'assurance.

*2 ° Ces prestations doivent être dispensées au sein d'une équipe structurée. Cette équipe doit se composer d'au moins 4 infirmiers qui ont tous adhéré à la convention nationale et qui exercent l'art infirmier à titre principal. Cette équipe utilise le même numéro tiers-payant de groupe. En outre, cette équipe doit chaque mois être composée de minimum 4 infirmiers qui ensemble attestent chaque mois des prestations de l'article 8 pour une valeur minimale de 4 000 W et ce durant une période de 6 mois précédant le mois au cours duquel une prestation attestée a été dispensée par un aide-soignant. Il doit à chaque fois s'agir des infirmiers qui ont **effectivement** collaboré à un aspect des soins dispensés aux patients, à l'exception d'aspects administratifs ou de coordination. En ce qui concerne la condition d'activité susmentionnée, les prestations pour lesquelles des aides-soignants ont dispensé les soins entièrement ou en partie ne sont pas prises en considération. L'équipe structurée doit avoir conclu des accords internes sur les modalités pratiques de la délégation d'activités infirmières aux aides-soignants et sur la collaboration entre les membres de l'équipe. Ces accords internes doivent répondre à une directive qui est fixée par le Comité de l'assurance soins de santé. Le respect de ces accords est une condition pour l'intervention de l'assurance. L'équipe structurée doit introduire une déclaration sur l'honneur auprès de l'INAMI conformément à une directive fixée par le Comité de l'assurance soins de santé, comprenant au moins les données permettant d'identifier l'équipe. ... »*

La nature des prestations litigieuses est mentionnée aux pages 15 à 20 de la note de synthèse du SECM.

Monsieur A. ne conteste pas ne pas avoir réalisé les obligations nécessaires afin de pouvoir travailler avec des aides-soignantes. Il n'a pas introduit une déclaration sur l'honneur auprès de l'INAMI conformément à la directive fixée par le Comité de l'assurance soins de santé, comprenant au moins les données permettant d'identifier l'équipe.

Sur base des données des organismes assureurs, force est de constater que chaque jour, weekends y compris, beaucoup de prestations sont attestées au nom de quasi tous les infirmiers, même les infirmiers travaillant à temps partiel.

D'après M. A. et Mme F., les aides-soignants ne travailleraient jamais seuls. Ils seraient toujours accompagnés d'un infirmier.

Ces déclarations sont contredites par les autres témoignages, des patients et des collaborateurs et notamment de :

- Madame N. (mère de K. et J.) qui parle de O. (non reprise dans le listing du personnel) et de P. comme infirmières alors que P. est aide-soignante. Il n'y a qu'une seule personne qui se présentait pour les soins.
- Madame Q. qui s'est renseignée des qualifications des personnes qui prestaient chez elle et qui se sont déclarées aides-soignantes. Elles venaient seules.
- Madame R., aide-soignante sans numéro INAMI, qui déclare
« Je suis aide-soignante. J'ai un visa mais je n'ai pas de numéro d'inami... Je devais faire des toilettes. Je vais vous dire la vérité. J'ai aussi donné des clexanes et des insulines. Cela c'est dans d'autres entreprises aussi. Une fois chez B. j'avais aussi reçu une patiente avec une intramusculaire. Cela je l'ai refusé néanmoins que S., la responsable des infirmières me l'avait demandé.
Les tournées, je les faisais seule. Jamais à deux. »
- Madame T., aide-soignante sans numéro INAMI déclare "Je faisais mon tour seule..."
- Madame U., infirmière, déclare
"À un certain moment, j'ai appris qu'ils utilisaient mon code Inami les jours que moi je ne travaillais pas. C'était utilisé pour des soins qui étaient effectués par des aides-soignantes, des étudiants. C'était des étudiantes même pas dans les soins ou études infirmiers."

Sur base des dossiers infirmiers, il est impossible d'identifier d'une part les soins effectués par des infirmiers et d'autre part les soins effectués par les aides-soignants et les personnes non qualifiées. Compte tenu des déclarations, il peut être conclu que, durant la période concernée, 1,773325 ETP sur un total de 3,741029 ETP des soins attestés ont été effectués par des personnes non habilitées. Donc en moyenne, 47,4021% des soins attestés ont été effectués par des personnes non habilitées.

Ce grief est établi.

Grief n° 3 – Prestations non-conformes : les dossiers infirmiers ne répondent pas aux conditions prévues à l'article 8

Il s'agit de prestations visées à l'article 8 "

§ 3. 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."

Le paragraphe 4 précise le contenu minimal du dossier infirmier

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

[...]

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."
 "Lorsque les soins infirmiers dispensés au bénéficiaire comportent des prestations spécifiques techniques de soins infirmiers, [...] ou des soins de plaie(s) spécifiques, [...] ou lorsque les soins sont dispensés dans le cadre des honoraires forfaitaires par journée de soins pour les patients palliatifs, [...], le contenu minimal du dossier infirmier comporte alors, en plus des éléments des deux premiers alinéas de cette disposition, également :"

"- les éléments spécifiques pour ces prestations fixés dans cet article.

Dans les hypothèses visées à l'alinéa 6, par dérogation à l'alinéa 3 et à l'exception des prestations du § 1er, 1° VI et VII, et du § 1er, 2° VI, les éléments relevant concernant la planification et l'évaluation des soins mentionnés dans le deuxième alinéa doivent être mentionnés au moins chaque semaine 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."

"§ 5. Précisions relatives aux honoraires forfaitaires visés à la rubrique II du § 1er, 1° 2° 3° et 3°bis et à la rubrique IV du § 1er, 1° et 2°:" "3° Les honoraires forfaitaires, visés à la rubrique II du § 1er, 1° 2° 3° et 3°bis et à la rubrique IV du § 1er, 1° et 2° ne peuvent être attestés que si les conditions suivantes sont réalisées:"

"b) le praticien de l'art infirmier tient un dossier qui correspond aux dispositions du § 4, 2°;" "§ 5bis.

Précisions supplémentaires relatives aux honoraires visés aux rubriques IV et V du § 1er, 1° et 2° 5° Les honoraires forfaitaires et supplémentaires visés aux rubriques IV et V du § 1er, 1° et 2° ne peuvent être attestés qu'à condition que le praticien de l'art infirmier:

c) complète le dossier infirmier visé au § 4, 2° en particulier par les informations suivantes:

- enregistrement des symptômes; - échelle de douleur; - contacts avec la famille du patient; - résultats des réunions de coordination.

"§ 5ter. Précisions relatives aux honoraires visés à la rubrique VI du § 1er, 1° et 2°:" 9° Les prestations 423231 et 423334 peuvent uniquement être attestées à la condition que l'accompagnement infirmier ait lieu selon un planning des soins approuvé et actualisé par le médecin traitant et qui répond à une directive fixée par le Comité de l'assurance soins de santé sur proposition de la Commission de convention praticiens de l'art infirmier - organismes assureurs. Elles ne peuvent être attestées qu'une fois par jour, et uniquement les jours où une injection d'insuline est effectuée. [...]

Précisions relatives aux toilettes (prestations 425110, 425515, 425913 et 427755) : "4° Pour les bénéficiaires: - qui obtiennent des scores de minimum 2 pour les critères "se laver" et "s'habiller" et un score de minimum 2 pour le critère "continence" à la suite d'une combinaison de l'incontinence d'urine nocturne et de l'incontinence d'urine occasionnelle durant la journée ou un score 3 ou 4 pour le critère "continence" de l'échelle d'évaluation concernée, il peut être attesté une toilette par jour. Dans le cas d'une combinaison de l'incontinence d'urine nocturne et de l'incontinence d'urine occasionnelle durant la journée, l'observation de cette problématique est mentionnée dans le dossier infirmier et la déclaration correspondante sur le formulaire décrit au § 7 doit être cochée."

"§ 8. Précisions relatives aux soins de plaie(s) [...]

"5° Les prestations 424351, 424513, 424653, 427954, 424815, 424373, 424535, 424675, 427976 et 424830 peuvent uniquement être attestées à condition qu'un dossier soins de plaie(s) spécifiques soit établi et tenu à jour.

[...]

"§ 9. Précisions relatives aux prestations techniques spécifiques de soins infirmiers visées à la rubrique III du § 1er, 1°, 2° et 3° et 3°bis:" "Le plan de soin, établi par l'infirmier gradué ou assimilé, l'accoucheuse ou l'infirmier breveté, est conservé à disposition du médecin-conseil dans le dossier infirmier. Il le fournit au médecin-conseil à sa demande."

[...]

"§ 12 Dispositions détaillées concernant les prestations dans le cadre desquelles un aide-soignant effectue des activités infirmières, confiées par un infirmier :

5° Dans le cadre de la délégation, fixée dans l'arrêté royal du 12 janvier 2006 fixant les activités infirmières qui peuvent être effectuées par des aides-soignants et les conditions dans lesquelles ces aides-soignants peuvent poser ces actes, les infirmiers effectuent des visites de contrôle. Au cours de cette visite de contrôle, on vérifie si cette délégation se déroule correctement. Lors de cette visite de contrôle, l'infirmier doit dispenser lui-même les soins nécessaires au cours de cette visite, éventuellement en présence de l'aide-soignant. Les soins au patient ne peuvent être étalés sur plusieurs séances de soins que pour des raisons médicales figurant sur la prescription. Le nombre minimum de visites de contrôle est fixé à une fois par mois pour chaque patient chez qui un aide-soignant effectue des activités infirmières, excepté : a) dans le cadre des honoraires forfaitaires, dénommés forfaits A, où une visite de contrôle doit être effectuée au moins deux fois par mois; b) dans le cadre des honoraires forfaitaires, dénommés forfaits B, où une visite de contrôle doit être effectuée au moins quatre fois par mois; c) dans le cadre des honoraires forfaitaires, dénommés forfaits C, où au moins une visite de contrôle quotidienne doit être effectuée. La fréquence et les moments de ces visites de contrôle doivent être adéquats du point de vue de la situation de soin du patient et doivent être motivés dans un dossier infirmier.»

Schéma du contenu minimal

Contenu minimal	Prestations de type 1:	Prestations de type 2:	Prestations de type 3
	Nomenclature par acte (sauf les prestations qui se trouvent sous un autre type) + T2 et T7	Prestations forfaitaires et soins de plaies complexes	Prestations palliatives, PTSSI, consultation infirmière, prestations diabète, soins de plaies spécifiques
Niveau 1	<ul style="list-style-type: none"> - ID bénéficiaire - ID infirmier - Prestations effectuées - Echelle d'évaluation si exigée - Prescription si exigée - ID prescripteur si exigée 	<ul style="list-style-type: none"> - ID bénéficiaire - ID infirmier - Prestations effectuées - Echelle d'évaluation si exigée - Prescription si exigée - ID prescripteur si exigée 	<ul style="list-style-type: none"> - ID bénéficiaire - ID infirmier - Prestations effectuées - Echelle d'évaluation si exigée - Prescription si exigée - ID prescripteur si exigée
Niveau 2 Planification et évaluation	<ul style="list-style-type: none"> - Planification - Evaluation <p>Les éléments relevant concernant la planification et l'évaluation doivent être mentionnés au moins tous les deux mois.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Planification - Evaluation <p>Les éléments relevant concernant la planification et l'évaluation doivent être mentionnés au moins toutes les deux semaines.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Planification - Evaluation <p>Les éléments relevant concernant la planification et l'évaluation doivent être mentionnés au moins chaque semaine. (cette fréquence n'est pas valable pour les consultations et les prestations diabète vu qu'elles ne sont prestées qu'une seule fois ou qu'elles comprennent un rapport ou un plan de soins infirmiers)</p>
Niveau 3 Contenu spécifique supplémentaire en fonction de la prestation		Voir directives spécifiques dans la nomenclature	Voir directives spécifiques dans la nomenclature

En l'espèce, sur les 9 dossiers demandés, 7 ont été fournis et sont incomplets. Y manquent notamment :

- L'identification des soins fournis ;
- L'identification du prestataire ;
- Les éléments de planification et d'évaluation.

Ce grief est établi sur base des déclarations de :

- Madame F.

« chez chaque patient, il y a une farde rouge où l'infirmière doit signer le passage et noter ce qu'elle a fait si c'est quelque chose d'inhabituelle. Mais on ne le fait pas. Nous sommes toujours pressés et veulent éviter le filles et bouchons et nous ne prenons pas le temps pour l'administration. S'il y a un changement, nous le postons sur WhatsApp ⁵»

- Monsieur A.

« Chez chaque patient, il y a une farde rouge où l'infirmier doit signer à chaque passage. J'y insiste régulièrement, mais ils ne le font pas. Le dossier est là, mais oubli ou manque de temps ou perte du dossier ils ne le font pas. »

- Mesdames R. et T., aides-soignantes et de Madame U., infirmière le confirment.

VIII. LA DEMANDE DE TITRE EXÉCUTOIRE

Le SECM introduit une demande de récupération en application des articles 143, §1^{er} et 144, §2, 1^o de la loi ASSI pour un montant total de 498.806,71 €.

Cette demande est dirigée à la fois contre Monsieur A. et contre la société B. qui a perçu les remboursements (art.164, al.2 loi ASSI).

Il est fait droit à cette demande.

IX. LES INTÉRÊTS

L'article 156, §1^{er} alinéa 2 de la loi SSI (tel que modifié par l'article 26, 1^o, de la loi du 17 juillet 2015 portant des dispositions diverses en matière de santé, M.B. du 17 août 2015) dispose que :

« § 1er. 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

⁵ Orthographe reproduite selon le document original

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 1er. 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 ».

X. L'AMENDE ADMINISTRATIVE

La demande du SECM est ainsi motivée.

« Les prestations ont été introduites auprès des organismes assureurs du 14/03/2017 au 28/02/2019. La sanction applicable est celle visée à l'article 142 §1er, 1° et 2° de la loi SSI, c'est-à-dire, pour les prestations non effectuées, une amende administrative comprise entre 50% et 200% de l'indu et, pour les prestations non conformes, une amende administrative comprise entre 5% et 150% de l'indu.

Concernant l'attestation de prestations non conformes, le législateur a encadré de manière très précise les possibilités d'attester des soins infirmiers afin d'éviter les abus qui pourraient découler d'une appréciation souple et extensive des conditions fixées par la Nomenclature. Il en est ainsi des règles à respecter pour pouvoir attester des soins infirmiers. Les règles de la Nomenclature des prestations de santé sont de stricte interprétation et doivent être appliquées rigoureusement car les dispensateurs de soins collaborent à un service public, ce qui repose sur un rapport de confiance notamment entre l'INAMI, les organismes assureurs et les dispensateurs de soins. Le respect des formalités administratives prévues par la réglementation est un des fondements de ce rapport de confiance. Si les prestataires ne se conforment pas à la réglementation, ils brisent ce rapport de confiance et mettent en péril l'équilibre des deniers publics.

En l'espèce, des prestations non effectuées (manquement particulièrement grave ayant généré un indu de 31.651,64 €) et non conformes (soins infirmiers réalisés par des tiers non habilités, tenue incomplète des dossiers infirmiers) ont été attestées. M. A. a donc clairement manqué à ses obligations légales en tant que dispensateur de soins assimilé.

Compte tenu de la longueur de la période concernée (introduction aux organismes assureurs durant la période du 14/03/2017 au 28/02/2019), de l'absence d'antécédent de M. A., de l'absence de remboursement de l'indu et du caractère élevé de l'indu en cause (498.806,71 euros), M. A. a clairement spolié les deniers de l'assurance soins de santé et de la collectivité, ce qui justifie l'application d'une sanction importante.

Dans ces conditions, au regard de la clarté de la Nomenclature et de tout ce qui précède, il convient d'appliquer à M. A. une sanction devant lui rappeler ses obligations en sa qualité de dispensateur de soins assimilé.

En conséquence, eu égard à l'ensemble des éléments susmentionnés, le SECM estime qu'il est justifié de prononcer à l'encontre de M. A. :

- pour les prestations non effectuées, une amende administrative s'élevant à 150% du montant de la valeur des prestations indues (47.477,46 €) dont 1/3 avec sursis soit une amende effective de 31.651,64 € (article 142, §1er, 1°, de la loi ASSI coordonnée) ;

- pour les prestations non conformes relatives au 2ème grief relatif aux prestations effectuées par des personnes non habilitées, une amende administrative s'élevant à 100% du montant de la valeur des prestations indues avec un sursis total (article 142, §1er, 2°, de la loi ASSI ».

Notre chambre considère que l'amende infligée n'est pas disproportionnée par rapport aux nombreux griefs établis et non contestés ou incontestables, qui remettent en cause la légitime confiance qui doit exister entre le dispensateur de soins et l'Institut National d'Assurance Maladie Invalidité, garant de la bonne utilisation des deniers publics.

En conclusions, il est fait droit à la demande du SECM.

PAR CES MOTIFS

LA CHAMBRE DE PREMIERE INSTANCE,

Statuant contradictoirement à l'égard du SECM, de Monsieur A. et de la SNC B.,

Déclare la demande du SECM recevable et entièrement fondée.

En conséquence,

Déclare établis les 3 griefs formulés pour tous les cas cités dans la note de synthèse,

Condamne solidairement Monsieur A. et la société B. au remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé, soit la somme de **498.806,71 euros** (articles 142, §1er, 1° et 2° et 164, alinéa 2 de la loi SSI),

Condamne Monsieur A. au paiement d'une amende administrative s'élevant à 150 % du montant de la valeur des prestations indues dont 1/3 avec sursis pour les prestations non effectuées, soit la somme de **31.651,64 euros** (article 142, §1er, 1° de la loi SSI),

Condamne Monsieur A. au paiement d'une amende administrative s'élevant à 100 % du montant de la valeur des prestations indues avec un sursis total pour les prestations non conformes relatives au 2ème grief (article 142, §1er, 2° de la loi SSI),

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, §1er de la loi SSI, 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 Madame Corinne GUIDET, Présidente, Docteurs Sophie CARLIER et Thibaut DUJARDIN, Messieurs Johan CORIJN et Gaëtan MESTAG, membres, assistés de Madame Dominique HONVAULT, greffière.

Et prononcée à l'audience du 20 octobre 2023 par Madame Corinne GUIDET, Présidente, assistée de Madame Dominique HONVAULT, greffière.

Dominique HONVAULT
Greffière

Corinne GUIDET
Présidente