

EN CAUSE DE : **SERVICE D'EVALUATION ET DE CONTRÔLE MEDICAUX,**
institué au sein de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité,
établi à 1150 Bruxelles, Avenue de Tervuren 211 ;

N° B.C.E : 0206.653.946 ;

Représenté par le Docteur B. médecin-inspecteur directeur et par
Madame C., juriste ;

Partie requérante,

CONTRE : **Madame A.**

Infirmière brevetée

Ne comparaisant pas ;

Partie défenderesse.

I. PROCEDURE

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

- La requête du 12 novembre 2019, entrée au greffe le même jour, par laquelle le Service d'évaluation et de contrôle médicaux, ci-après dénommé le SECM, saisit la Chambre de première instance d'une contestation avec un dispensateur de soins, soit Madame A., infirmière ;
- La note de synthèse du SECM.

Le SECM a été entendu à l'audience du 15 octobre 2020, à la suite de quoi la cause a été prise en délibéré. Bien que régulièrement convoquée, Madame A. n'a pas comparu à cette audience.

La loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 et l'arrêté royal du 9 mai 2008 fixant les règles de fonctionnement et le Règlement de procédure des Chambres de première instance et des Chambres de recours ont été respectés dans le cadre de la procédure.

II. OBJET DE LA DEMANDE

Le SECM demande à la Chambre de première instance de déclarer que les griefs suivants sont établis dans le chef de Madame A. :

- Grief 1 : 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, au sens de l'art. 73bis, 1° de la loi SSI – Indu : **79.308,91 €**.
- Griefs 2 à 4 : 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 SSI, dans ses arrêtés et règlements d'exécution, dans les conventions et accords conclus en vertu de cette même loi, au sens de l'article 73bis, 2°.

En l'espèce, il s'agit :

- 1) Grief 2 : Dossiers infirmiers incomplets - Indu : **24.645,32 euros** ;
- 2) Grief 3 : Toilettes incomplètes – Indu : **15.082,47 euros** ;
- 3) Grief 4 : Surscorage d'échelles de Katz – Indu : **42.702,40 euros**.

La période infractionnelle concerne les prestations datées du 28 mai 2015 au 31 janvier 2016 pour une période d'introduction aux OA du 1^{er} juillet 2015 au 29 février 2016.

En conséquence, 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 Madame A. au remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé, soit la somme de **161.739,10 €** (article 142, §1er, 1° et 2°, de la loi SSI), et constater qu'un montant de 9.005,60 euros a déjà été remboursé ;
- Condamner Madame A. au paiement d'une amende administrative s'élevant à 150% du montant de la valeur des prestations indues relatives au 1^{er} grief (79.308,91 €), soit la somme de 118.963,37 € (article 142, §1er, 1° de la loi SSI), assortie d'un sursis de 3 ans pour un tiers de celle-ci, soit une **amende effective de 79.308,91 €** et une amende avec sursis de 39.654,46 € ;
- Condamner Madame A. au paiement d'une amende administrative s'élevant à 100% du montant de la valeur des prestations indues relatives aux griefs 2 à 4, soit la somme de 82.430,19 € (article 142, §1er, 2° de la loi SSI), assortie d'un sursis de 3 ans pour la moitié de celle-ci, soit une **amende effective de 41.215,10 €** et une amende avec sursis de 41.215,10 € ;
- Dire qu'à défaut de paiement des sommes dues par Madame A. 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 par l'article 2, §3 de la loi du 5 mai 1865 relative au prêt à intérêt tel que prévu à l'article 156, §1^{er} de la loi ASSI seront dus à compter de l'expiration de ce délai.

III. FAITS

Madame A. a acquis le diplôme d'infirmière en 1998 à l'école du nursing de ... puis a travaillé en hôpital plusieurs années comme infirmière salariée. Elle a ensuite travaillé à la maison de repos « X. » à avant de débiter une activité d'infirmière indépendante à titre principal le 1^{er} avril 2009.

Elle est gérante unique de la SPRL D. qu'elle a créée en 2009 avec son époux, et dont le siège social est situé à

Cette SPRL a été radiée d'office le 13 mars 2018 suite au non-dépôt des comptes annuels. Sa dissolution judiciaire et sa clôture immédiate ont été décidées par un jugement du 16 avril 2018 du Tribunal de commerce de...

Madame A. est conventionnée pour l'ensemble de sa pratique.

Elle déclare :

- travailler au domicile de ses patients de 7 h 00 à environ 13 h 00 et de 16 h 30 à 19 h 00 pour soigner entre 10 à 15 patients par jour, activité qu'elle déclare stable depuis 1 an par rapport à son chiffre d'affaire,
- dispenser des toilettes dans les entités de ...
- exercer seule son activité d'infirmière à domicile tout en ayant fait appel ces 3 dernières années à plusieurs remplaçants, Madame G., Madame E. et Monsieur F., tous infirmiers travaillant en milieu hospitalier à l'exception de F., indépendant qui assurait lui-même sa facturation.

Madame A. est l'unique signataire des attestations de soins donnés (ASD), émises sous son numéro Inami. Elle a confié jusque mars 2018 sa facturation à son beau-frère, Monsieur H.

Sur base de ses déclarations, il établissait la facturation de Madame A. et envoyait aux OA cette facturation de même que les échelles de KATZ complétées oralement par Madame A.

Les remboursements des OA sont perçus par D.. qui rétribue ensuite Monsieur H. à concurrence de 3 %.

Madame A. pratique systématiquement le tiers payant.

Elle ne conservait aucune donnée dans un dossier et déclare ne posséder aucun agenda professionnel.

L'enquête à charge de Madame A. a été initiée suite à l'analyse des profils totaux en 2015 et en 2016, qui a montré une répartition des prestations tout à fait hors normes car les forfaits B y occupent une énorme proportion des remboursements, soit respectivement **94,14 % en 2015** et **94,44 % en 2016**.

Le SECM a effectué cette enquête sur base des documents suivants :

- les listings informatiques des organismes assureurs ;
- l'audition de 18 bénéficiaires ;
- l'audition de 2 témoins : Madame I., directrice de la MR et MRS «X.» et Monsieur H., tarificateur ;
- un constat de l'entretien téléphonique avec un témoin, le Dr J. ;
- l'audition de Madame A. les 17 mai 2018, 5 juin 2018 et 14 juin 2018.

Un PVC daté du 16 janvier 2018 a été adressé par recommandé postal à la fois à Madame A. et à sa société, la SPRL D. le 16 janvier 2018.

Ensuite, un PVC daté du 30 juillet 2018 et son annexe lui ont été adressés de même qu'à sa société par recommandé postal le 2 août 2018, tandis qu'une copie de ces documents a également été envoyée, à sa demande, par courrier simple le 2 août 2018 à son conseil, maître K.

Le 21 août 2018, les PVC datés du 30 juillet 2018 sont revenus avec la mention « *Non réclamé* ». Le SECM les a alors adressés par courrier simple à Madame A. et à sa société en date du 27 août 2018.

Ces PVC envoyés par courrier simple le 27 août 2018 sont également revenus avec la mention « *Non réclamé* » en date du 13 septembre 2018.

Parallèlement à l'envoi par courrier simple, le SECM a également adressé un courriel à Me K. le 21 août 2018 lui demandant si elle avait réceptionné les PVC datés du 30 juillet 2018 qui lui avaient été envoyés par voie postale le 2 août 2018. Elle n'a pas répondu à la question posée mais a mentionné Me L. comme son successeur dans ce dossier. Cependant, ce dernier n'a jamais contacté le SECM et Madame A. n'a jamais informé le SECM de son éventuel changement de conseil.

En date du 16 janvier 2018, une invitation au remboursement volontaire (IRV) d'un montant de 15.759,84 € correspondant à l'indu du PVC du 16 janvier 2018 avait été envoyé en recommandé à Madame A. et à la SPRL D.

Dans un courrier reçu par recommandé le 2 février 2018, madame A. a renvoyé son IRV signée et une demande d'étalement en 6 mensualités du remboursement de l'indu.

Le SECM a donné son accord pour l'étalement du remboursement de l'indu à raison de 2.251,40 € par mois, le premier versement devant avoir lieu le 15 mars 2018 et d'un dernier d'un montant de 2.251,44 € devant avoir lieu le 15 septembre 2018.

A la date d'introduction de la requête, Madame A. avait versé la somme de 9.005,60 €.

Un nouveau paiement est intervenu en janvier 2020 pour un montant de 2.251,40 €.

IV. DISCUSSION

1. Matérialité de l'infraction et remboursement de l'indu

1.1. *Principes*

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

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

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 et/ou lorsque des prestations visées à l'article 34 ont été prescrites durant une période d'interdiction temporaire ou définitive d'exercice de la profession (...) »

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

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

1.2. *En l'espèce*

4 griefs sont reprochés à Madame A. :

- 1^{er} grief (non effectué) basé sur l'article 73bis, 1° de la loi ASSI :

Il s'agit de 12 bénéficiaires au nom desquels des honoraires pour des prestations de soins infirmiers à domicile ont été portés en compte alors que lesdites prestations n'ont pas été effectuées.

Les prestations en cause relèvent de l'article 8, § 1^{er} NPS. Elles ont été attestées pendant la période du 22 décembre 2014 au 26 avril 2017 et introduites au remboursement auprès des OA pendant la période du 31 janvier 2015 au 31 mai 2017.

Il ressort de l'enquête que Madame A. a facturé :

- des prestations à son nom alors qu'elle était en vacances au ... du 25 février 2017 au 9 mars 2017 ;
- des prestations pour des patients hospitalisés (un forfait B a en effet été facturé pour la période du 14 au 25 janvier 2015 pour Madame M. alors qu'elle a été hospitalisée du 13 au 16 janvier 2015 et qu'elle est décédée à cette date – un forfait B a été facturé pour Madame N. alors qu'elle était hospitalisée du 22 au 24 octobre 2016) ;
- des prestations pour des assurés qui résident en maison de repos (Madame O. qui réside dans la MRS X. depuis le 24 octobre 2014) ;
- des prestations pour des patients qu'elle n'a plus visités, les soins étant effectués par une autre infirmière (p. ex Madame P. et son mari) ou le patient n'ayant plus besoin de soins spécifiques (p. e Madame Q., Madame R., Madame S.) ;
- des toilettes pour des jours où elle ne passait pas (p.ex : Madame T.) ;
- des prestations pour des assurés qu'elle n'a jamais soignés (p. ex Monsieur U. qui a déclaré :

« (...) A la question si j'ai été lavé par une infirmière à mon domicile depuis au moins le 1 janvier 2015, c'est non, mon épouse vous le confirme.

A la question si j'ai reçu des soins infirmiers de Madame A., je vous réponds que je n'ai reçu aucun soin de cette dame. En fait elle a demandé une de mes vignettes à mon épouse lorsqu'elle est venue pour mon épouse. J'ai reçu un moment donné une somme de 490 € environ de la mutuelle décrivant les états de grabataire ou nécessiteux que je ne comprenais pas. J'ai compris que cela pouvait être lié aux conséquences de lui avoir donné une vignette d'autant que nous avons eu écho d'une autre personne qui avait eu la même situation. (...)

(...) aucune infirmière ne m'a jamais lavé à mon domicile. (...)

En résumé, je n'ai jamais reçu de toilette ni de soins infirmiers de la part de madame A., je vous le confirme et mon épouse également. (...) »

Concernant ce patient, Madame A. a déclaré le 14 juin 2018 :

« (...) Vous me demandez de décrire brièvement l'état de santé de l'assuré et les soins prodigués par moi, du 01/04/2015 au 26/04/2017 ?

Je vous réponds : je ne l'ai pas eu comme patient, ça c'est sûr.

Vous me dites que l'analyse des données authentifiées montre que monsieur U. a été hospitalisé du 28/04/2016 au 04/05/2016 et du 02/12/2016 au 03/12/2016 à ... et que j'ai cependant attesté des soins durant ses 2 séjours hospitaliers.

Je vous réponds : je n'ai jamais fait aucun soin chez lui, ni toilette, ni pansement, ni injection. (...)

Vous me demandez ce que je pense de leurs déclarations.

Je n'ai jamais demandé de vignette de monsieur U. à son épouse.

Vous me demandez donc comment mon beau-frère a pu se procurer les données de mutuelle de monsieur U.

Je n'en sais rien, monsieur. Je n'ai ni fait de toilettes ni chez madame, ni chez monsieur U.

Vous me montrez l'échelle de KATZ établie par votre service et me demandez quels scores je conteste. (...)

Je ne conteste pas votre échelle, je ne l'ai jamais lavé. (...) »

Madame A. n'a pas sérieusement contesté ce grief.

L'indu s'élève à **79.308,91 €**.

- 2^{ème} grief (non conforme) basé sur l'article 73bis, 2° de la loi ASSI :

Il s'agit des cas de 11 bénéficiaires au nom desquels des prestations de soins infirmiers ont été portées en compte alors que le dossier infirmier ne répond pas aux conditions de remboursement exigées par l'article 8, § 3, 5° de la nomenclature.

Elles ont été attestées pendant la période du 1^{er} octobre 2016 au 31 décembre 2016 et introduites au remboursement auprès des OA pendant la période du 27 octobre 2016 au 28 février 2017. Pour ce grief, le SECM s'est volontairement limité au dernier trimestre de 2016.

Ce grief n'est pas contestable puisque Madame A. a déclaré :

- En date du 17/05/2018 :

« (...) Vous me demandez si je tenais des dossiers infirmiers ? Je vous réponds que non (...) »

- En date du 14/06/2018 :

« (...) Vous me demandez pour cette assurée, si je dispose d'un dossier particulier (dossier soins de plaie(s) spécifiques mentionné au § 8, 5°) en sus du dossier infirmier visé au § 4, 2° de l'article 8 de la nomenclature.

C'est pas moi qui faisais mes papiers, je n'ai pas fait de dossier pour ma fille ni pour aucun patient.

Vous me demandez comment la continuité des soins était assurée dans votre patientèle lorsque je me faisais remplacer.

Je n'ai pas eu beaucoup de remplaçantes, tout se faisait par téléphone. A aucun moment, une de mes remplaçantes ne pouvait consulter un dossier concernant l'état de mes patients. J'ai fait des dossiers toute seule depuis ma dernière audition, je n'en ai jamais fait auparavant, je ne savais pas que c'était obligatoire, et j'avais beaucoup de toilettes. Vous me faites remarquer que même quand j'ai des soins plus complexes, je ne faisais pas de dossier non plus. C'est vrai. (...)

Sur question, je ne savais pas non plus que les soins n'étaient pas remboursés en l'absence de dossier infirmier. (...).

L'indu restant pour ce grief s'élève à **24.645,32 €**.

- 3^{ème} grief (non conforme) basé sur l'article 73bis, 2° de la loi ASSI :

Il s'agit des cas de 2 bénéficiaires au nom desquels des prestations de soins d'hygiène et honoraires forfaitaires ont été portés en compte pour des toilettes incomplètes (876 prestations).

Les prestations en cause relèvent de l'article 8, § 1er de la NPS.

Elles ont été attestées pendant la période du 10 juillet 2015 au 26 avril 2017 et introduites au remboursement auprès des OA pendant la période du 03 août 2015 au 30 avril 2017.

L'indu restant s'élève à **15.082,47 €**.

- 4^{ème} grief (non conforme) basé sur l'article 73bis, 2° de la loi ASSI :

Il s'agit des cas de 11 bénéficiaires pour lesquels il y a eu une surcotation aux critères de dépendance des échelles de Katz.

Les honoraires forfaitaires visés à la rubrique II du § 1er, 1° et 2° de l'article 8 de la nomenclature n'étaient pas attestables en ce sens que le degré de dépendance requis par le libellé des prestations litigieuses et défini à l'article 8, § 5, 1° de la nomenclature n'était pas atteint. Il en va de même de soins d'hygiène qui étaient non attestables chaque jour dans la mesure où le degré de dépendance du bénéficiaire ne répondait pas aux exigences de l'article 8 § 6.

Les prestations en cause ont été introduites au remboursement auprès des OA pendant la période du 31 juillet 2015 au 31 mai 2017 et datées du 8 juin 2015 au 26 mai 2017.

Il ressort des déclarations de Madame A. qu'elle avait une méconnaissance totale de la manière de fixer le degré de dépendance de ses patients.

En date du 17 mai 2018, elle a déclaré :

« (...) Pour les toilettes, je sais qu'il y a les toilettes , forfait A , Forfait B et Forfait C mais sans connaître les différences , pour moi c'est dans le vague. Pour moi , un Forfait C est une personne qui est dépendante pour tout .Vous me demandez ce que j'entends par T7 qui signifie toilette 7 jours sur 7 pour un patient, selon moi il s'agit d'une personne qui doit être lavée tous les jours et je ne vois pas la différence avec un FORFAIT A. Sur question, je pense qu'un forfait B est quelqu'un qui a du mal à se déplacer. Mr H. me posait la question de savoir si le patient était capable de se laver, etc et c'est lui qui mettait les cotations, il ne m'a jamais communiqué les scores qu'il inscrivait. Concernant les cotations des échelles de Katz, vous me demandez si pour les établir, j'utilise les « Directives pour l'utilisation de l'échelle d'évaluation - D'application à partir du 1er avril 2011 », je vous réponds que je ne connais pas ces directives et je vous demande de me les expliquer.(...) ».
Vous me demandez si je tenais des dossiers infirmiers ? Je vous réponds que non(...) »

En date du 5 juin 2018, elle a déclaré :

« (...) vous me demandez ce qu'est un transfert, je vous réponds que c'est une personne qui a besoin d'aide pour se déplacer, vous m'expliquez qu'il s'agit d'un changement de position. Après explications que je n'avais pas encore bien comprises à savoir que je confonds dans un sens comme dans l'autre la capacité de l'assuré et ce que je faisais à l'assuré(...) Vous me demandez si je connais les avantages octroyés par la mutuelle d'un patient qui bénéficie d'un FORFAIT B ? Je vous réponds que je sais que le patient peut percevoir une prime de plus ou moins 400 €.(...) »

En date du 14 juin 2018, elle a déclaré :

« (...) Je ne sais pas pourquoi il y a une échelle de Katz, c'est certainement mon beau-frère. Vous me demandez comment il choisit un score. Je lui disais vaguement comment était l'état de la patiente et c'est lui qui mettait les scores. (...) ».

Le degré de dépendance physique de chaque assuré, tel qu'il existait au moment des faits litigieux, a été évalué par le SECM lors de l'audition de ceux-ci.

Le SECM a repris par assuré, sous forme de tableau, la cotation des différents critères de dépendance physique de l'échelle d'évaluation dans l'ordre suivant :

- la cotation établie par Madame A. ;
- le cas échéant, la cotation de l'infirmière-contrôleur et/ou du gériatre ;
- la cotation établie par le SECM ;
- le cas échéant, la nouvelle cotation établie de commun-accord par le SECM et madame A. lors de ses auditions ;
- le cas échéant, la nouvelle cotation établie par madame A. lors de ses auditions.

Le SECM convient que «T7» signifie qu'il peut être attesté une toilette par jour et «T2» signifie qu'il peut être attesté 2 toilettes par semaine.

A partir de ces éléments, l'indu restant pour ce 4^{ème} grief a été évalué à **42.702,40 €**.

En conclusion :

Le montant total de l'indu pour les 4 griefs s'élève à **161.739,10 €**.

Aucun de ces 4 griefs n'a été contesté dans le cadre de la présente procédure.

Le SECM a répondu aux moyens de défense soulevés par Madame A. lors de ses auditions.

Madame A. doit donc être condamnée à rembourser l'indu résultant des prestations indûment attestées en application de l'article 142 §1^{er}, 1° et 2° de la loi ASSI.

A la date de l'audience, elle avait remboursé la somme de 11.257 €.

Il reste donc un indu de 150.482,10 €.

2. Sanction

2.1. Principes

2.1.1.

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

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

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

De manière générale, l'existence d'une cause de justification (démence ou contrainte, selon l'article 71 du Code pénal ; erreur ou ignorance ; etc.) s'oppose à ce qu'une infraction réglementaire puisse être imputée à son auteur et, par conséquent, entraîner une sanction.

L'erreur ou l'ignorance de droit sont des causes de justification, dans la mesure où elles « (...) portent sur l'existence (ignorance d'une disposition pénale en vigueur) ou la portée exacte

(erreur relative à l'interprétation ou à l'applicabilité d'une disposition dont on connaît l'existence) de l'élément légal de l'infraction, d'où résulte l'illicéité de l'acte commis (...) »¹.

L'erreur ou l'ignorance ne peuvent être retenues comme causes de justification que pour autant qu'elles soient invincibles, c'est-à-dire lorsqu'il peut se déduire de circonstances que l'auteur de l'infraction a agi comme l'aurait fait toute personne raisonnable et prudente².

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

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

2.1.2.

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

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

*1° le remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé et une amende administrative comprise entre **50 % et 200 %** du montant du remboursement en cas d'infraction aux dispositions de l'article 73bis, 1° »*

*2° le remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé, et/ou une amende administrative comprise entre **5 % et 150 %** du montant de la valeur des mêmes prestations en cas d'infraction aux dispositions de l'article 73bis, 2° ; »*

2.1.3.

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

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

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

¹ F. TULKENS et M. VAN DE KERCHOVE, *Introduction au droit pénal- Aspects juridiques et criminologiques*, Waterloo, Kluwer, 2007, 8ème éd., p. 404

² Cass., 2ème ch., 1^{er} octobre 2002, rôle n° P011006N, Cass., 1ère ch., 16 septembre 2005, rôle n° C040276F ; C. trav. Bruxelles, 26 octobre 2010, RG n° 40.153-40.316 ; C. trav. Liège, sect. Liège, 21 avril 2010, RG n° 36395/09, consultables sur <http://jre.juridat.just.fgov.be>

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

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

2.2. *Application en l'espèce*

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

- les 4 griefs retenus par le SECM sont établis ;
- le 1^{er} grief fait état de prestations non effectuées pour un indu important. Dans le cadre des prestations non effectuées, il existe au minimum une négligence grave dans le chef de Madame A., voire une intention frauduleuse comme cela semble ressortir de certaines auditions (voir la demande de remise d'une vignette de mutuelle et demande expresse à l'assuré de faire certaines déclarations s'il était interrogé par la mutuelle). L'attestation systématique de prestations pour une patiente résidant de longue date dans la MRS X. semble aller dans le sens d'un comportement intentionnel ;
- pour les prestations non conformes, la Chambre de première instance constate que Madame A. témoigne à tout le moins d'une méconnaissance profonde de la réglementation AMI en matière de soins infirmiers puisqu'aucun dossier infirmier n'est tenu et qu'elle est incapable de déterminer correctement le degré de dépendance d'un patient. L'utilisation intempestive du forfait B semble aller dans le sens d'un comportement intentionnel également.

Tenant compte de l'ensemble de ces éléments, la Chambre de première instance estime qu'il y a lieu d'infliger à Madame A. une amende importante et dissuasive, de nature à lui faire prendre conscience de la gravité des faits commis par elle, et de faire droit à la demande du SECM, à savoir :

- une amende administrative s'élevant à 150 % du montant de la valeur des prestations indues relatives au 1^{er} grief – non effectuées (79.308,91 €), soit la somme de 118.963,37 € (article 142, §1^{er}, 1[°] de la loi SSI), assortie d'un sursis de 3 ans pour un tiers de celle-ci, soit une **amende effective de 79.308,91 €** et une amende avec sursis de 39.654,46 € ;
- une amende administrative s'élevant à 100 % du montant de la valeur des prestations indues relatives aux griefs 2 à 4, soit la somme de 82.430,19 € (article 142, §1^{er}, 2[°] de la loi SSI), assortie d'un sursis de 3 ans pour la moitié de celle-ci, soit une amende effective de **41.215,10 €** et une amende avec sursis de 41.215,10 €.

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

Statuant contradictoirement,

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

Dit pour droit que les éléments matériels constitutifs des infractions à l'article 73bis, 1[°] et 2[°] de la loi ASSI sont établis dans le chef de Madame A. :

En conséquence:

- Déclare établis les griefs formulés pour tous les cas cités dans la note de synthèse ;
- Condamne Madame A. au remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé, soit la somme de **161.739,10 €** (article 142, §1er, 1° et 2°, de la loi SSI) ;
- Constaté qu'un montant de **11.257 €** a déjà été remboursé ;
- Condamne Madame A. au paiement d'une amende administrative s'élevant à **150 %** du montant de la valeur des prestations indues relatives au 1^{er} grief (79.308,91 €), soit la somme de 118.963,37 € (article 142, §1er, 1° de la loi SSI), assortie d'un sursis de 3 ans pour un tiers de celle-ci, soit une amende effective de **79.308,91 €** et une amende avec sursis de 39.654,46 € ;
- Condamne Madame A. au paiement d'une amende administrative s'élevant à **100 %** du montant de la valeur des prestations indues relatives aux griefs 2 à 4, soit la somme de 82.430,19 € (article 142, §1er, 2° de la loi SSI), assortie d'un sursis de 3 ans pour la moitié de celle-ci, soit une amende effective de **41.215,10 €** et une amende avec sursis de 41.215,10 € ;
- Dit qu'à défaut de paiement des sommes dues par Madame A. 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 par l'article 2, §3 de la loi du 5 mai 1865 relative au prêt à intérêt tel que prévu à l'article 156, §1^{er} de la loi ASSI seront dus à compter de l'expiration de ce délai.
- Dit que la présente décision est exécutoire de plein droit par provision nonobstant tout recours.

La présente décision est prise par la Chambre de première instance, composée de Madame Pascale BERNARD, Présidente, Docteurs Sophie CARLIER et Xavier GILLIS, Madame Christine ORI et Monsieur Johan CORIJN, membres, assistés de Madame Dominique HONVAULT, greffière.

Et prononcée à l'audience du 19 novembre 2020 par Madame Pascale BERNARD, Présidente, assistée de Madame Dominique HONVAULT, greffière.

Dominique HONVAULT
Greffière

Pascale BERNARD
Présidente