

**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 Tervueren, 211 ;

Partie demanderesse,

Représenté par le Docteur D., médecin-inspecteur, et par Madame  
E., juriste.

**CONTRE :** **Monsieur A.** infirmier

**La SPRL B.**

**Parties défenderesses,**

Comparaissant en personne et assistée de son conseil, le Docteur  
C. ;

## **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 1<sup>er</sup> mars 2012, entrée au greffe le 2 mars 2012 ;
- la note de synthèse du SECM ;
- les documents déposés à l'audience par le conseil de Monsieur A. (conclusions en réplique du SECM dans deux autres causes et décision prononcée le 22 novembre 2012 par la Chambre de première instance dans une autre cause) ;
- les différentes convocations en vue de l'audience du 21 janvier 2013.

Les parties ont été entendues à l'audience du 21 janvier 2013, à la suite de quoi la cause a été prise en délibéré.

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

## **II. L'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 Monsieur A. :

Grief 1 (basé sur l'article 73bis, 1<sup>o</sup> de la loi ASSI) : Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer des documents réglementaires visés dans la loi relative à

l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 ou ses arrêtés d'exécution lorsque les prestations n'ont pas été effectuées (269 prestations pour 3 cas d'assurés - montant total de **3.901, 42 €**);

Grief 2 (basé sur l'article 73bis, 2° de la loi ASSI): Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer des documents réglementaires visés dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans ladite loi, ses arrêtés d'exécution ou les conventions ou accords conclus en vertu de cette même loi - Surscorage des critères de dépendance (2.427 prestations pour 10 cas d'assurés - montant total de **34.460, 25 €**);

Grief 3 (basé sur l'article 73bis, 2° de la loi ASSI): Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer des documents réglementaires visés dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans ladite loi, ses arrêtés d'exécution ou les conventions ou accords conclus en vertu de cette même loi – des forfaits A ont été attestés alors qu'aucune toilette n'a été effectuée (79 prestations pour 3 cas d'assurés - montant total de **1.091, 81 €**);

Grief 4 (basé sur l'article 73bis, 2° de la loi ASSI): Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer des documents réglementaires visés dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans ladite loi, ses arrêtés d'exécution ou les conventions ou accords conclus en vertu de cette même loi –des forfaits A ont été attestés pour la prise de tension, le pouls et la glycémie alors qu'aucun code de la nomenclature n'est prévu pour la prise de tension, le pouls ou la glycémie (1.593 prestations pour 4 cas d'assurés - montant total de **18.473, 55 €**);

Grief 5 (basé sur l'article 73bis, 2° de la loi ASSI): Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer des documents réglementaires visés dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans ladite loi, ses arrêtés d'exécution ou les conventions ou accords conclus en vertu de cette même loi – prestations effectuées par un autre prestataire agréé que mentionné sur les attestations de soins données (59.223 prestations pour 115 cas d'assurés – aucun indu n'est réclamé);

En conséquence, le SECM demande à la Chambre de première instance de:

- condamner solidairement Monsieur A. et la SPRL B. au remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé, soit la somme de **57.927, 03 €** (article 142, § 1<sup>er</sup>, 1° et 2° de la loi ASSI coordonnée) ;
- condamner Monsieur A. au paiement d'une amende administrative s'élevant à 150 % du montant de la valeur des prestations indues, soit la somme de **5.852, 13 €** (article 142, §1, 1°, de la loi ASSI coordonnée- 1<sup>er</sup> grief) ;
- condamner Monsieur A. au paiement d'une amende administrative s'élevant à 100% du montant de la valeur des prestations indues, soit la somme de **54.025, 61 €** (article 142, §1, 2°, de la loi ASSI coordonnée-2<sup>ème</sup> grief).

### **III. LES FAITS.**

Monsieur A. a obtenu le diplôme d'infirmier gradué en 2001 à l'école du CHU ..., à ....

Après avoir fait des intérim dans différents hôpitaux ou des centres de réadaptation, il s'est installé, en 2005, comme indépendant, en créant la SPRL B., dont il est le gérant et qui a son siège social à son domicile.

Monsieur A. fait le planning des soins avec ses collaborateurs.

Tous les collaborateurs sont salariés, certains ne sont pas des infirmiers.

Monsieur A. emploie également des aides- soignantes. Ils distribuent les langes et du matériel ou font de la publicité. Parfois, ils font de petites courses pour les patients, vont chez le pharmacien, coupent les ongles des patients. Ils n'effectuent pas de soins infirmiers chez les patients.

Il y a 3 tournées par jour, le matin, une tournée l'après-midi et une tournée le soir.

Le matin, 6 infirmières collaborent avec Monsieur A.. En général, par infirmier, 15 à 16 patients sont soignés le matin, parfois plus. La tournée de l'après-midi se fait à 3 infirmiers pour 6 à 8 patients chacun. La tournée du soir se fait par 4 infirmiers pour une dizaine de patients. Chaque infirmier soigne +/- 25 patients par jour.

Sur les listes de travail figurent les noms des patients par infirmier. Le genre de soins n'y est pas mentionné. Ces listes de travail servent de référence pour la facturation.

Les échelles de KATZ sont, en général, établies et signées par Monsieur A..

Il rend visite à chaque patient au début des soins afin d'évaluer l'état de dépendance pour remplir l'échelle de KATZ, parfois en concertation avec les autres infirmières.

Des dossiers des patients sont tenus parfois chez le patient, parfois au bureau.

Le SECM relève que les observations journalières des infirmières sont toutes manuscrites sur papier A4, bloc avec deux trous et que de tels manuscrits ont été rencontrés chez quelques patients, pas chez tous les assurés.

Les dossiers des patients relatifs aux constats, envoyés le 24 novembre 2009 par Monsieur A., étaient composés de feuilles imprimées (copies de prescriptions, échelles de KATZ, courriers des organismes assureurs et listes des soins données) mais d'aucune note manuscrite.

Pour la facturation, Monsieur A. utilise le programme SOFT 33.

Avant mai 2008, tous les soins ont été facturés au nom unique de Monsieur A. sur des attestations de soins données (ASD) individuelles, vertes, imprimées au nom de la société B. Toutes les prestations sont introduites aux OA en tiers payant.

A partir de mai 2008, la facturation se fait avec le numéro de groupe ... sur des attestations de soins données globales (AGSD), vertes, imprimées au nom de la société B. Monsieur A. signe les AGSD et est en possession des procurations de ses collaborateurs. L'institution perceptrice a toujours été la société B. pour chaque manière de facturer.

Pour l'année 2007, Monsieur A. est classé dans la liste des plus gros prestataires, en première place pour les honoraires forfaitaires A et en troisième place pour les honoraires forfaitaires, B, C et PC.

Les remboursements totaux pour 2008 de la société B. s'élèvent à 682.867, 02 € (incluant le montant au nom de Monsieur A. de 389.884, 35 €, bien qu'à partir de mai 2008, il utilise des AGSD et de quatre infirmières).

L'enquête du SECM concerne la période d'introduction auprès des organismes assureurs comprises entre le 1<sup>er</sup> octobre 2007 et le 31 octobre 2008.

Le SECM a demandé les listings informatiques aux Unions nationales des organismes assureurs pour la période du 1<sup>er</sup> juin 2007 au 30 novembre 2008.

Des ASD originales ont été saisies pour la période du 1<sup>er</sup> septembre 2007 au 30 septembre 2008.

21 assurés ont été entendus ainsi que 6 témoins.

Un procès-verbal de constat (PVC) du 9 octobre 2009 a été notifié par recommandé postal à Monsieur A., le 20 octobre 2009.

Monsieur A. a été entendu le 5 novembre 2009. La copie conforme de son audition lui a été envoyée par lettre recommandée, le 17 novembre 2009.

Monsieur A. a fait part de remarques par lettre du 24 novembre 2009. Par email du 1<sup>er</sup> février 2010, il a demandé un délai supplémentaire pour « pouvoir réfléchir et décider la meilleure attitude de collaboration à adopter ».

#### **IV. LA DISCUSSION.**

##### **A. Les infractions et le remboursement de l'indu.**

###### **1.**

Le dispensateur de soins qui porte en compte à l'assurance soins de santé des prestations non conformes ou non effectuées est sujet au remboursement de la valeur des prestations concernées, conformément à l'article 142, § 1<sup>er</sup>, 1<sup>er</sup> et 2<sup>o</sup> de la loi ASSI (pour les faits commis à partir du 15 mai 2007).

Il suffit que les éléments matériels constitutifs d'une infraction «réalité» ou « conformité», basée sur l'article 73bis de la loi ASSI (pour les faits commis à partir du 15 mai 2007), 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.

La démonstration éventuelle d'une cause de justification (contrainte, erreur ou ignorance, etc.) ne fait nullement disparaître l'obligation de remboursement de l'indu - vu que ladite obligation découle du seul non-respect de dispositions légales ou réglementaires, en particulier de la nomenclature des prestations de soins de santé, et est indépendante d'un quelconque élément moral - et ne peut avoir d'incidence que par rapport à une éventuelle amende administrative.

Les éléments matériels constitutifs d'une infraction peuvent être considérés comme étant établis « (...) *en se fondant sur la concordance entre les témoignages des*

*assurés et plusieurs éléments de l'enquête, éléments qui n'ont pas été sérieusement contestés par le dispensateur de soins au cours de ses auditions (...) » (C.E., arrêt n° 64.701 du 21 février 1997, inédit).*

La Chambre de première instance est tenue d'examiner si les éléments matériels constitutifs des infractions, basées sur l'article 73bis, 1° et 2°, de la loi ASSI et visées par le SECM sous forme de 2 griefs, sont établis dans le chef de Monsieur A..

## 2.

### **Grief n°1.**

Le premier grief porte sur des prestations non effectuées.

NPS art 8 §1

425272 W 3,879                      forfait A semaine

425670 W 5,710                      forfait A week-end

Les dispensateurs de soins dont les prestations donnent lieu à une intervention de l'assurance sont tenus de remettre aux bénéficiaires ou, dans le cadre du régime du tiers payant, aux organismes assureurs, une attestation de soins ou de fournitures ou un document équivalent dont le modèle est arrêté par le Comité de l'assurance, où figure la mention des prestations effectuées; pour les prestations reprises à la nomenclature visée à l'article 35, § 1er, cette mention est indiquée par le numéro d'ordre à ladite nomenclature ou de la manière déterminée dans un règlement pris par le Comité de l'assurance sur la proposition du Conseil technique compétent en fonction de la nature des prestations (article 35, § 1<sup>er</sup> de la loi ASSI coordonnée).

L'infraction a été constatée dans 3 cas d'assurés.

Le grief est formulé pour 269 prestations, à savoir 190 prestations 425272 W 3,879 (forfait A) et 79 prestations 425670 W 5, 710 (forfait A WE), à concurrence d'un indu total de 3.901, 42 €.

Il est fondé sur les déclarations des 3 assurés, concordantes avec les prescriptions et, pour un cas (Monsieur F.), avec la période d'incapacité de travail.

Monsieur A. déclare avoir effectué tous les soins qui ont été portés en compte. Pour Madame G., il déclare qu'il s'agit d'une erreur non-intentionnelle. Il s'est trompé dans la facturation avec le nom d'une patiente qui porterait un nom presque identique.

Monsieur H. ne prouve cependant pas ses affirmations alors que les déclarations des patients en sens contraire sont claires, corroborées par des prescriptions médicales et, pour Monsieur F., par la période d'incapacité de travail admise par l'OA.

Il importe peu qu'il s'agisse ou non d'une erreur.

Monsieur A. s'en réfère finalement à justice, à l'audience.

Le grief n° 1 est établi.

La Chambre de première instance fonde sa décision sur les déclarations des patients, les prescriptions médicales et, pour un assuré, la période d'incapacité de travail admise par l'OA.

Il en résulte un indu de 3.901, 42 €.

**Grief n°2.**

Le second grief porte sur des prestations non conformes.

Article 8 §1 de la NPS :

**« II. Honoraires forfaitaires par journée de soins pour des patients lourdement dépendants**

425272	Honoraires forfaitaires, dits forfait A, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants : - dépendance pour le critère se laver et le critère s'habiller (score 3 ou 4), et - dépendance pour le critère transfert et déplacements et/ou le critère aller à la toilette (score 3 ou 4) ..... W3,879
425294	Honoraires forfaitaires, dits forfait B, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants : - dépendance pour le critère se laver et le critère s'habiller (score 3 ou 4), et - dépendance pour le critère transfert et déplacements et le critère aller à la toilette (score 3 ou 4), et - dépendance pour le critère continence et/ou pour le critère manger (score 3 ou 4) ..... W7,371 »

**II. Honoraires forfaitaires par journée de soins pour des patients lourdement dépendants (week end)**

425670	Honoraires forfaitaires, dits forfait A, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants : - dépendance pour le critère se laver et le critère s'habiller (score 3 ou 4), et - dépendance pour le critère transfert et déplacements et/ou le critère aller à la toilette (score 3 ou 4) ..... W5,710 »
425692	« A.R. 23.4.1997 »(*) Honoraires forfaitaires, dits forfait B, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants : - dépendance pour le critère se laver et le critère s'habiller (score 3 ou 4), et - dépendance pour le critère transfert et déplacements et le critère aller à la toilette (score 3 ou 4), et - dépendance pour le critère continence et/ou pour le critère manger (score 3 ou 4) .....W10,944 »
425014	1ère prestation de base semaine..... W 0,879
425412	1ère prestation de base week-ends..... W 1,206
425110	toilettes semaine..... W 1,184
425515	toilettes week-ends..... W 1,779

Article 8 § 6 – 1°, 3°, 4° et 5° de la NPS :

"§ 6. Précisions relatives aux toilettes (prestations 425110, 425515, 425913) :"

"1° Seules les toilettes dispensées chez des bénéficiaires qui obtiennent des scores de minimum 2 au critère « se laver » de l'échelle d'évaluation mentionnée au § 5, 1°, peuvent être attestées...

"3° Dans le chef des bénéficiaires qui obtiennent des scores de minimum 2 au critère « se laver » de l'échelle d'évaluation mentionnée au § 5, 1° :

- un maximum de deux toilettes (425110 ou 425913) par semaine peuvent être attestées;
- aucune toilette 425515 ne peut être attestée."

"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."

"- qui obtiennent des scores de minimum 2 pour les critères "se laver et s'habiller" de l'échelle d'évaluation concernée et peuvent être considérés, sur base d'un certificat médical établi par le médecin traitant, conformément au modèle fixé par le Comité de l'assurance soins de santé sur proposition de la Commission de convention, comme des personnes désorientées dans le temps et l'espace, il peut être attesté une toilette par jour."

- qui obtiennent des scores de minimum 4 pour les critères "se laver et s'habiller" de l'échelle d'évaluation concernée, il peut être attesté une toilette par jour."

"5° Même lorsque les soins d'hygiène ont été prescrits par un médecin, ils ne peuvent être attestés que si le praticien de l'art infirmier constate que le bénéficiaire atteint le degré de dépendance requis pour la prestation concernée."

Le degré requis de la dépendance physique (échelle de KATZ) n'était pas atteint pour attester des honoraires forfaitaires (article 8, § 1- 1° II et 2° II et § 6-1 °, 3°, 4° et 5° de la NPS).

Des prestations non conformes causées par la surévaluation des scores de dépendance physique, ont eu pour conséquence le remboursement d'honoraires d'un montant supérieur à celui qui aurait dû être autorisé.

L'infraction a été constatée dans 10 cas d'assurés.

Le grief est formulé pour 2.427 prestations, à savoir 83 x 425014 W 0,879 (1<sup>ère</sup> prest de base), 83 x 425110 W 1,184 (toilette), 38 x 425412 W 1,206 (1<sup>ère</sup> prest de base WE), 38 x 425515 W 1,779 (toilette WE), 750 x 425272 W 3,879 (forfait A), 782 x 425294 W 7,371 (forfait B), 316 x 425670 W 5,710 (forfait A WE) et 337 x 425692 W 10,944 (forfait B WE), à concurrence d'un montant indu (différentiel) de 34.460,25 €.

Monsieur A. n'est pas d'accord avec les constats et regrette que le SECM soit passé chez les patients concernés après que leur état de dépendance physique ait changé. Il estime, pour certains patients, que leur état de santé a évolué.

Il n'élève cependant aucune contestation précise par rapport aux déclarations des assurés et aux scores de dépendance confirmés par les médecins traitants concernés et, dans certains, par les contrôles physiques des organismes assureurs.

Monsieur A. s'en réfère finalement à justice, à l'audience.

Le grief n°2 est établi.

La Chambre de première instance fonde sa décision sur les déclarations des patients, les scores de dépendance confirmés par les médecins traitants concernés et, dans certains cas, les contrôles physiques des organismes assureurs.

Il en résulte un indu différentiel de 34.460,25 €.

### **Grief n° 3**

Le troisième grief porte sur des prestations non conformes.

Article 8 §1 de la NPS :

425272 W 3,879                      forfait A semaine

425670 W 5,710                      forfait A week-end

Selon l'article 8, § 5 – 3° a) de la NPS :

« Les honoraires forfaitaires, visés à la rubrique II du § 1er, 1°, 2° et 3° et à la rubrique IV du § 1er, 1° et 2° ne peuvent être attestés que si les conditions suivantes sont réalisées :

« a) pour chaque bénéficiaire dans le chef duquel des honoraires forfaitaires visés à la rubrique II du § 1er, 1°, 2° et 3° et à la rubrique IV du § 1er, 1° et 2° ont été attestés, une toilette (prestations 425110, 425515 ou 425913) par journée de soins a été effectuée à l'exception des honoraires forfaitaires PP; .. »

Des forfaits A ont été attestés alors qu'aucune toilette n'a été effectuée mais uniquement des soins de plaie.

L'infraction a été constatée dans 3 cas d'assurés.

Le grief est formulé pour 79 prestations, à savoir 53 x 425272 W 3,879 (forfait A) et 26 x 425670 W 5,710 (forfait A WE), à concurrence d'un montant indu (différentiel) de 1.091,81 €.

Le grief est fondé sur les déclarations des assurés et du prestataire.

Pour que les soins de plaie soient de qualité, la toilette des contours doit obligatoirement être réalisée. Elle fait partie intégrante des prestations techniques, ici des soins de plaies. Cette 'toilette' n'est pas une toilette hygiénique complète dans le cadre d'un honoraire forfaitaire.

Pour pouvoir attester un honoraire forfaitaire, une toilette par journée de soins doit être effectuée.

En plus, vu l'âge des 3 assurées, née en 1957 – 1971 – 1973, les plaies ne provoquaient pas un état de dépendance physique tel qu'elles auraient répondu aux critères pour pouvoir attester des honoraires forfaitaires.

Pour les 3 patients, la date de fin des soins, noté sur les prescriptions médicales était dépassée.

Les honoraires forfaitaires ne pouvaient donc pas être attestés pour deux raisons : pas de toilette effectuée et à partir d'une certaine date, absence de prescription médicale. Le calcul de l'indu différentiel a été effectué uniquement pour les prestations couvertes par une prescription. Les autres prestations réalisées en l'absence de prescription ont été retenues totalement.

Monsieur A. a admis que, chez Madame G., il n'a effectué que des soins de plaie et que, chez Mesdames I. et J., il n'a pas effectué une toilette entière. Il lavait les pieds avant les soins de plaie et ne lavait pas tout le corps.

Il ne conteste pas de manière précise l'argumentation du SECM.

Il s'en réfère finalement à justice, à l'audience.

Le grief n°3 est établi.

La Chambre de première instance fonde sa décision sur les déclarations des patients et du prestataire.

Il en résulte un indu différentiel de 1.091, 81 €.

#### **Grief n° 4**

Le quatrième grief porte sur des prestations non conformes.

Des forfaits A ont été attestés pour la prise de tension, le pouls et la glycémie.

Or, aucun code de la nomenclature n'est prévu pour la prise de tension, le pouls ou la glycémie.

L'infraction a été constatée dans 4 cas d'assurés.

Le grief est formulé pour 1.593 prestations, à savoir 239 x 425014 W 0,879 (1<sup>ère</sup> prest de base), 239 x 425110 W 1,184 (toilette), 631 x 425272 W 3,879 (forfait A), 268 x 425670 W 5,710 (forfait A WE), 108 x 425412 W 1,206 (1<sup>ère</sup> prest de base WE) et 108 x 425515 W 1,779 (toilette WE), à concurrence d'un montant indu (total) de 18.473,55 €.

Le grief est fondé sur les déclarations des 4 assurés : ils n'ont jamais été lavés.

Aucun code ne pouvait dès lors être attesté.

Monsieur A. déclare avoir toujours effectué des toilettes en plus des prises de tension, pouls ou glycémie chez les 4 assurés.

Il n'apporte cependant aucun élément concret de nature à contredire la déclaration des 4 assurés.

Il s'en réfère finalement à justice, à l'audience.

Le grief n° 4 est établi.

La Chambre de première instance fonde sa décision sur les déclarations des patients.

Il en résulte un indu de 18.473, 55 €.

#### **Grief n° 5**

Le cinquième grief porte sur des prestations non conformes.

Il s'agit de prestations effectuées par un autre prestataire agréé que celui mentionné sur les attestations de soins données, en infraction à l'article 6, § 1<sup>er</sup>, 2° du règlement de santé du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi ASSI coordonnée.

Les prestations ayant été effectuées par des tiers habilités, aucun indu n'est réclamé.

**En conclusion**, la Chambre de première instance constate que tous les griefs sont établis et que Monsieur A. ne fournit aucun élément de nature à contredire l'existence de ceux-ci.

Monsieur A. est donc condamné à rembourser la totalité de l'indu sur base de l'article 142, § 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup> et 2<sup>o</sup> de la loi ASSI, soit la somme de **57.927, 03 €**.

### **C. La sanction.**

Les éléments matériels propres aux infractions sont établis.

L'élément moral requis pour chacune des infractions est également établi, dans la mesure où le non-respect de la nomenclature des prestations de santé a été commis librement et consciemment par Monsieur A..

C'est en vain que celui-ci invoque sa bonne foi ou l'absence d'intention de fraude.

Les infractions précitées figurent parmi les infractions réglementaires pour lesquelles l'élément moral se limite au fait d'agir librement et consciemment et ne porte absolument pas sur la bonne (ou mauvaise) foi du prestataire, pas plus que sur une quelconque intention frauduleuse.

De surcroît, la bonne foi ne constitue nullement une cause de justification d'une infraction.

Monsieur A. ne peut faire valoir aucune cause de justification pour faire obstacle à la sanction.

La Chambre de première instance estime dès lors que les infractions précitées ont été commises par Monsieur A. et lui sont imputables.

Les seules sanctions qui peuvent, le cas échéant, être infligées à Monsieur A., dans le cadre de la présente contestation, telle qu'elle est soumise à la Chambre de première instance, sont les sanctions de niveau 2 prévues à l'article 101 du Code Pénal Social, soit une amende administrative de 25 à 250 €, majorée des décimes additionnels (article 102 du CPS) et non les sanctions prévues à l'article 142, § 1<sup>er</sup>, al. 1, 1<sup>o</sup> et 2<sup>o</sup> de la loi ASSI (voy. notamment Chambre de recours, décision prononcée le 18 avril 2013, numéro de rôle FB-005-11, publié sur le site internet de l'INAMI).

L'INAMI ne le conteste d'ailleurs pas.

A la connaissance de l'INAMI, il n'y a pas de plainte pénale concernant Monsieur A. (article 71 du CPS).

En cas de concours de plusieurs infractions, les montants des amendes administratives sont cumulés sans qu'ils puissent cependant excéder le double du maximum de l'amende administrative la plus élevée (article 112 du CPS).

Dans son appréciation de l'amende administrative à infliger à Monsieur A., la Chambre de première instance estime devoir tenir compte des éléments suivants :

- la gravité du manquement imputé à un dispensateur de soins habilité à porter des prestations en compte à l'assurance obligatoire soins de santé et, à ce titre, astreint à une obligation impérative de respect de la réglementation. La

Chambre de première instance constate en effet que Monsieur A. a attesté des prestations qu'il n'a pas effectuées ou non conformes à la réglementation ;

- l'ampleur des prestations litigieuses ;
- le volume des sommes portées en compte de l'assurance soins de santé ;
- l'absence de remboursement de l'indu.

**En conclusion**, la Chambre de première instance décide d'infliger à Monsieur A., une amende administrative de 250 € pour le grief 1 et de 250 € pour les griefs 2 à 4 (article 101 du CPS).

Les infractions ayant été commises avant le 1<sup>er</sup> janvier 2012, ces montants doivent être majorés de quarante-cinq décimes additionnels (article 102 du CPS et article 1<sup>er</sup> de la loi du 5 mars 1952 relative aux décimes additionnels sur les amendes pénales, modifié par l'article 36 de la loi du 7 février 2003 portant diverses dispositions en matière de sécurité routière-M.B. du 25 février 2003 et avant sa modification par l'article 2 de la loi du 28 décembre 2011 portant des dispositions diverses en matière de justice (II)- M.B. du 30 décembre 2011, Ed. 4, p.81669).

Une amende majorée de quarante-cinq décimes additionnels correspond à une amende multipliée par le facteur 5, 5 (chaque dixième de l'amende est en effet multiplié par 45 et ensuite ajouté au montant de l'amende).

L'amende s'élève dès lors à un montant total de 2.750 € (250 € x 2 x 5,5).

Compte tenu de la faiblesse de cette sanction par rapport à la gravité des faits commis, la Chambre de première instance décide de ne pas octroyer de sursis à Monsieur A..

#### **D. Les intérêts.**

Les sommes dont Monsieur A. est redevable produisent de plein droit des intérêts au taux d'intérêt légal en matière sociale, à partir du premier jour ouvrable suivant la notification de la décision de la Chambre de première instance, le cachet de la poste faisant foi (article 156, § 1<sup>er</sup>, alinéa 2 de la loi ASSI, modifié par l'article 4 de la loi du 29 mars 2012 portant des dispositions diverses (II)- M.B. du 30 mars 2012, Ed. 3, p. 20.558).

#### **E. La condamnation solidaire.**

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 (article 164, alinéa 2 de la loi ASSI).

La SPRL B. doit dès lors être condamnée solidairement avec Monsieur A. au paiement de la somme de **57.927, 03 €**.

## **F. La demande de termes et délais.**

Des délais de paiement peuvent être accordés tant pour la somme à rembourser que pour l'amende administrative (article 156, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup> de la loi ASSI).

L'octroi d'un plan d'apurement est laissé à l'appréciation de la Chambre de première instance.

Monsieur A. et la SPRL B. sont fondés à bénéficier d'un plan d'apurement selon les modalités précisées ci-après.

La Chambre de première instance les autorise à régler les sommes dont elles sont redevables au moyen de six mensualités, chaque mensualité étant due pour le cinquième de chaque mois au plus tard et l'absence de paiement d'une seule mensualité à l'échéance prévue entraînant l'exigibilité de la totalité du solde des sommes dues.

## **G. L'exécution provisoire.**

Les décisions de la Chambre de première instance sont exécutoires de plein droit par provision, nonobstant tout recours (article 156, § 1<sup>er</sup> de la loi ASSI).

Si le débiteur fait défaut, l'Administration de la taxe sur la valeur ajoutée, de l'enregistrement et des domaines peut être chargée de la récupération des montants dus (article 156, § 1<sup>er</sup>, al. 3 de la loi ASSI).

## **PAR CES MOTIFS,**

### **LA CHAMBRE DE PREMIERE INSTANCE,**

#### **Statuant après un débat contradictoire,**

Déclare la demande du SECM recevable et fondée dans la mesure déterminée ci-après.

Dit pour droit que les éléments matériels constitutifs des griefs formulés à l'encontre de Monsieur A. sont établis pour tous les cas cités dans la note de synthèse du SECM (griefs 1 à 4).

Par conséquent, condamne solidairement Monsieur A. et la SPRL B. au remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé, soit la somme de **57.927, 03 €**.

Condamne Monsieur A. au paiement d'une amende administrative égale à 2 x 250 €, multipliée par les décimes additionnels (x 5,5), soit la somme de **2.750 €**.

Dit que les sommes dont Monsieur A. et la SPRL B. sont redevables produisent de plein droit des intérêts au taux d'intérêt légal en matière sociale, à partir du premier jour ouvrable suivant la notification de la décision de la Chambre de première instance, le cachet de la poste faisant foi.

Autorise Monsieur A. et la SPRL B. à régler les sommes dues par cinq mensualités de 10.000 € et une sixième mensualité de 7.927, 03 € majorée des intérêts, chaque mensualité étant due pour le cinquième de chaque mois au plus tard, le premier paiement devant intervenir au plus tard le 5 novembre 2013 et l'absence de paiement d'une

seule mensualité à l'échéance prévue entraînant l'exigibilité de la totalité du solde des sommes dues.

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 Monsieur Pascal HUBAIN, président suppléant, du Docteur Dominique VANDIEPENBEECK, du Docteur Chantal NEIRYNCK, de Madame Maryvonne LOMBARD et de Monsieur Johan CORIJN, membres, assistés de Monsieur Stéphane VERBOOMEN, greffier.

Et prononcé à l'audience du 17 septembre 2013, par Monsieur Pascal HUBAIN, président suppléant, assisté de Madame Caroline METENS.

Caroline METENS  
Greffier

Pascal HUBAIN  
Président

