

DECISION DE LA CHAMBRE DE PREMIERE INSTANCE DU 28 JUIN 2018
FA-009-17

EN CAUSE DE : **Madame A,**

Praticienne de l'art infirmier

Comparaissant en personne et assistée de Maître B. ;

Et la SPRL « C. »

Représentée par Maître B. ;

CONTRE :

SERVICE D'ÉVALUATION ET DE CONTRÔLE MÉDICAUX,
institué au sein de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité,
établi à 1150 Bruxelles, Avenue de Tervueren, 211 ;

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

I. LA PROCEDURE

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

- la décision du fonctionnaire-dirigeant du 2 juin 2017, notifiée le 7 juin 2017 ;
- la note de synthèse du SECM ;
- la requête de Mme A. et de sa SPRL reçue au greffe le 7 juillet 2017 ;
- les conclusions en réponse du SECM déposées au greffe le 28 septembre 2017.

Les parties ont comparu et ont été entendues lors de l'audience du 17 mai 2018. Les débats ont été clos et la cause 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. LA DECISION CONTESTEE

Les parties demandresses ont introduit leur recours contre la décision du fonctionnaire-dirigeant du 2 juin 2017, laquelle :

- déclare les 4 griefs établis ;
- condamne Mme A. et sa SPRL à rembourser la valeur des prestations indues s'élevant à 10.110,32 euros ;
- constate que l'indu a été intégralement remboursé par la SPRL B. ;
- condamne Mme A., pour les prestations non effectuées (1^{er} grief), à payer une amende de 150% du montant des prestations litigieuses (6.149,05 euros), dont 100% en amende effective (soit **4.099,37 euros**) et 50% en amende assortie d'un sursis de trois ans (soit 2.049,68 euros) ;
- condamne Mme A., pour les prestations non conformes (griefs 2, 3 et 4), à payer une amende de 100% du montant des prestations litigieuses (4.316,90 euros + 845,88 euros + 848,17 euros, soit au total 6.010,95 euros), dont 50% en amende effective (2.158,45 euros + 422,94 euros + 424,08 euros, soit au total **3.005,47 euros**) et 50% en amende assortie d'un sursis de trois ans (soit au total 3.005,47 euros) ;
- dit qu'à défaut de paiement des sommes dues dans les trente jours de la notification de la décision, des intérêts au taux légal en matière sociale, tel que prévu à l'article 2, § 3, de la loi du 5 mai 1865 relative au prêt à intérêt, seront dus, de plein droit, à compter de l'expiration du délai précité.

Dans leur requête, Mme A. et sa SPRL demandent à la Chambre de première instance de réduire les amendes comme suit :

- pour le 1^{er} grief (prestations non effectuées) : 50% dont la totalité avec sursis de trois ans ;
- pour les griefs 2 à 4 (prestations non conformes) : 5% dont la totalité avec sursis de trois ans.

III. ANTECEDENTS

Mme A. est infirmière brevetée depuis 2005. Elle est agréée et conventionnée depuis 2008. Elle exerce son activité dans les soins infirmiers à domicile, au travers de sa société personnelle (seconde partie défenderesse), constituée en SPRL depuis juillet 2014, dont elle est la gérante unique. Elle ne travaille plus à l'hôpital ... depuis septembre 2012 (suivant ses déclarations à l'audience ; elle aurait pris un congé sans solde puis le contrat de travail aurait pris fin le 31 mars 2014).

Mme A. déclare travailler seule mais admet avoir fait appel à une remplaçante, Mme F., durant quelques jours en avril et mai 2015. Mme A. lui a rétrocédé des honoraires après avoir porté les prestations de Mme F. à son nom.

Mme A. pratique le tiers payant et confie sa facturation à un bureau de tarification (...). Les honoraires sont versés sur le compte de sa société.

Son volume d'activité révèle qu'elle a bénéficié, en 2014 et 2015, de remboursements à charge de l'assurance pour plus de 200.000 euros (rappelons pourtant que Mme A. déclare travailler seule). C'est ce profil atypique qui a déclenché l'enquête, qui s'est tenue entre le 7 mars et le 17 juin 2016.

Le SECM a procédé aux devoirs d'enquête usuels (demande de listings aux mutuelles, audition d'assurés et de Mme A.).

Le 17 juin 2016, le SECM a établi un procès-verbal de constat, notifié aux défenderesses le 28 juin 2016.

Le 6 janvier 2017, le fonctionnaire-dirigeant a invité les défenderesses à communiquer leurs moyens de défense écrits (article 143, § 2, loi ASSI).

Par courrier recommandé du 3 (ou 6) mars 2017, les défenderesses ont présenté leurs moyens de défense.

Le 2 juin 2017, le fonctionnaire-dirigeant a adopté la décision actuellement contestée, laquelle fut notifiée le 7 juin 2017.

Par requête enregistrée au greffe le 7 juillet 2017, les défenderesses ont introduit le présent recours.

En substance, les défenderesses contestent devoir payer les amendes infligées par le fonctionnaire-dirigeant. Elles ont remboursé les sommes indûment perçues et déclarent avoir fait le nécessaire pour se mettre en ordre. Elles ont admis les erreurs commises, selon elles, de bonne foi et déclarent avoir adapté leur mode de fonctionnement. Elles soulignent l'absence d'antécédents. Elles sollicitent la clémence de la Chambre, lui demandant de réduire les amendes au pourcentage minimum avec application d'un sursis de trois ans.

Le SECM a conclu en réplique et confirme la position du fonctionnaire-dirigeant.

IV. RECEVABILITE

Le recours a été introduit dans le délai légal d'un mois prévu à l'article 156, § 3 de la loi ASSI, ce que le SECM ne conteste pas. Le recours est recevable.

V. DISCUSSION

1. Dispositions applicables

L'article 73bis de la loi ASSI prévoit que (nous soulignons) :

« 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 ;

2° de rédiger, faire rédiger, délivrer ou faire délivrer les documents réglementaires précités lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans la présente loi, dans ses arrêtés et règlements d'exécution, dans les conventions et accords conclus en vertu de cette même loi ;

(...) ».

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

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

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

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

2. En l'espèce

1.

Ce sont quatre griefs qui sont reprochés à Mme A.

Cette dernière n'en conteste pas la réalité et sa société a d'ailleurs remboursé l'indu le 4 juillet 2016. Sa contestation est limitée au montant des amendes infligées par le fonctionnaire-dirigeant.

2.

Le premier grief concerne des prestations non effectuées : des prestations de toilettes ont été facturées alors qu'elles n'avaient pas été réalisées. Le grief a été constaté dans le cas d'un assuré pour 138 prestations (du 9 juin au 14 octobre 2014), soit un indu généré de 4.099,37 euros.

La Chambre considère que l'amende infligée par le SECM (150%, sur une échelle de 50% à 200%) pour ce premier grief est justifiée et proportionnée, tenant compte de la gravité du manquement de Mme A. (facturer des prestations qui ne sont pas effectuées).

Eu égard aux éléments du dossier et aux explications données à l'audience, la Chambre n'aperçoit pas comment Mme A. aurait pu se méprendre de bonne foi en continuant à facturer des prestations (sur une période de près de 5 mois) alors qu'elle devait nécessairement savoir qu'elle ne les réalisait pas. Son explication suivant laquelle elle aurait continué à cocher les soins dans sa facturation, « par automatisme », ne convainc nullement.

Par ailleurs, le SECM a tenu compte de l'absence d'antécédents puisqu'il a appliqué un sursis partiel pour une durée de trois ans.

La Chambre décide dès lors de confirmer la décision du fonctionnaire-dirigeant concernant le premier grief.

2.

Les griefs 2 à 4 concernent des prestations qui ne répondent pas aux conditions posées par la nomenclature.

Le grief n°2 vise des prestations techniques spécifiques effectuées sans respecter les conditions posées par la nomenclature (dossier non conforme, perfusions non retrouvées dans le listing pharmaceutique, prescription médicale non conforme, inexistence du plan de soins, hypodermoclyses (perfusions) non notées au dossier infirmier, gastrostomie permettant l'hydratation,...). Le grief fut constaté pour 94 prestations dans le cas d'un assuré, ce qui a généré un indu au préjudice de l'assurance de 4.316,90 euros.

Le grief n°3 concerne un déclassement d'un forfait A en toilettes, Mme A. ayant surévalué le degré de dépendance d'une assurée. 91 prestations sont concernées pour un indu (différentiel) de 845,88 euros. Le grief n'est pas non plus contesté.

Le grief n°4 concerne également un déclassement d'un forfait palliatif C en forfait C en raison de la non-conformité du dossier palliatif, la feuille d'échelle de la douleur n'étant pas jointe au dossier. Le grief est admis et Mme A. a fait le nécessaire pour mettre le dossier en ordre. Le grief concerne une assurée et porte sur un indu (différentiel) de 848,17 euros.

Pour ces griefs de non-conformité, le SECM a infligé une amende de 100% (sur une échelle de 5% à 150%) dont 50% en amende effective et 50% en amende assortie d'un sursis de trois ans.

Une telle amende, assortie d'un sursis partiel, est justifiée, nuancée et proportionnée. La Chambre estime en effet qu'il n'est pas admissible qu'un dispensateur de soins n'applique pas rigoureusement les conditions posées par la nomenclature, surtout lorsqu'il facture pour plus de 200.000 euros de prestations par an, soit un profil excessivement élevé pour quelqu'un qui déclare travailler seul. La Chambre rappelle que tout dispensateur de soins a le devoir de s'informer.

Ce profil atypique devrait d'ailleurs inciter le SECM à procéder à une enquête plus approfondie, tant en termes de conformité que de réalité des prestations.

Le recours est non fondé.

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

Statuant après un débat contradictoire ;

Confirme intégralement la décision attaquée.

Déclare le recours recevable mais non fondé et en déboute les défenderesses.

La présente décision est prise par la Chambre de première instance, composée de Monsieur François-Xavier HORION, Président, Madame Sophie Carlier et Monsieur Johan CORIJN, Membres, assistés de Madame METENS Caroline, Greffier.

Et prononcée à l'audience du 27 juin 2018 par Monsieur François-Xavier HORION, Président, assisté de Madame METENS Caroline, Greffier.

METENS Caroline
Greffier

François-Xavier HORION
Président