

DECISION DE LA CHAMBRE DE PREMIERE INSTANCE DU 27 NOVEMBRE 2023
Numéro de rôle FA-011-22

EN CAUSE DE : **Monsieur A.**

Infirmier breveté

Comparaissant par Maître B., avocat,

Partie appelante ;

CONTRE : **SERVICE D'ÉVALUATION ET DE CONTRÔLE MÉDICAUX,**
institué au sein de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité,
établi à 1210 Bruxelles, avenue Galilée 5/01,
N° BCE : 0206.653.946 ;

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

Partie intimée.

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 de Monsieur A., reçue au greffe de la Chambre de Première Instance le 21.10.2022 et notifiée à l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité le 24.10.2022 ;
- la note de synthèse et le dossier du SECM ;
- les conclusions et conclusions en réplique de la partie requérante ;
- les conclusions du Service d'évaluation et de contrôle médicaux (ci-après le SECM) ;
- les différentes convocations en vue de l'audience du 05.10.2023.

Les parties ont comparu à l'audience du 05.10.2023, 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, Monsieur A. demande à la Chambre de première instance de :

- réformer la décision du fonctionnaire dirigeant du 21 septembre 2022 ;
- déclarer le grief non établi ;
- débouter le SECM de toute réclamation de remboursement dirigée contre Monsieur A.

III. LA DÉCISION

Le Fonctionnaire-dirigeant du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité :

- déclare les trois griefs établis ;
- condamne Monsieur A. à rembourser la valeur des prestations indues s'élevant à 17.966,65 euros ;
- condamne Monsieur A. à payer une amende de 200 % du montant des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé (LC 14.07.1994, article 142,§1er, 1°), soit 19.596,84 euros ;
- condamne Monsieur A. à payer une amende de 150 % du montant des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé (LC 14.07.1994, article 142,§1er, 2°), soit 12.252,34 euros ;
- dit qu'à défaut de paiement des sommes dues dans les trente jours de la notification de la présente 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.

IV. SYNTHÈSE DES FAITS

Monsieur A. a eu son diplôme d'infirmier breveté le 30 juin 2001 et est conventionné depuis le 9 février 2004.

Il a commencé les soins à domicile vers 2010, d'abord en complémentaire puis à titre principal.

Monsieur A. a ouvert un groupement infirmier E. S.P.R.L qui dispose du numéro de tiers payant Il est responsable et membre de ce groupement depuis 2011.

En janvier 2012, il fonde une société (numéro BCE : ...) dénommée « E. », sous la forme d'une S.P.R.L., dont l'objet social porte sur la pratique de l'art infirmier, le nursing, la prise de sang, les soins infirmiers tant au siège social qu'à domicile, ainsi que l'activité

d'infirmier hospitalier, l'achat, la vente et la livraison de matériel médical et paramédical (acte constitutif publié aux annexes du Moniteur belge du ...).

Monsieur A. est le gérant unique de la société dont le siège social est situé à ...

En 2017, l'objet social de la société « E. » a été élargi à la location de matériel médical et paramédical ainsi qu'à l'exploitation, sous sa propre enseigne ou par voie de franchise ou licence, d'une activité de services de type restauration (tea-room, brasserie,...) - MB du ...

La société « E. » est en ouverture de faillite depuis le 10.04.2020, faillite clôturée le 27 juin 2023.

Monsieur A. est domicilié à Auditionné, il a expliqué être « en transition » et vivre dans le sud de la France.

* * * * *

En tant que responsable du groupement infirmier, Monsieur A. s'occupait de l'organisation des tournées de soins. Il établissait les horaires de son personnel et lui attribuait les patients, s'occupait des contrats de travail et des entretiens d'embauche. Il ne travaillait pas avec des indépendants.

Etant lui-même dans les soins, il avait une secrétaire salariée de la société E. qui s'occupait des papiers. Sa secrétaire s'occupait de l'encodage des patients.

Auditionné, Monsieur A. a expliqué qu'il y avait 5 à 6 tournées qui comptaient entre 12 et 15 patients. Les tournées variaient les weekends et, lors de ceux-ci, les infirmières travaillaient le matin et 3 heures minimum le soir. Les infirmières travaillaient 1 weekend sur 2. Monsieur A. travaillait tous les weekends.

Il recevait les appels des nouveaux patients.

Les échelles de Katz étaient établies par Monsieur A. ou le personnel infirmier.

Il y a eu 4 aides-soignants. Le groupement était en ordre d'autorisation de fonctionnement pour les aides-soignants.

Les prestations de soins étaient introduites avec le numéro tiers payant du groupement infirmier. L'argent des soins arrivait sur le compte bancaire de la société E. S.P.R.L., titulaire du compte.

Aucune perception du ticket modérateur chez les patients n'était prévue.

* * * * *

Antécédents relatifs à la législation ASSI

- Dossier ... : avertissement : manquement administratif concernant l'obligation pour les prestataires de signer pour approbation leurs propres grilles de soins effectués. Un rappel concernant l'obligation pour le prestataire de se conformer scrupuleusement aux dispositions légales et réglementaires en matière d'assurance soins de santé a été adressé à Monsieur A. en date du 06.08.2012.

- Dossier ... :
 - 1 PVC daté du 02.10.2017, concernant des prestations non effectuées pour la période du 01.03.2016 au 31.07.2016, introduites du 30.04.2016 au 31.07.2016 pour un montant total de 8.800,12 €.
 - 1 PVC daté du 12.03.2018, concernant des prestations non effectuées et non conformes pour la période du 01.02.2015 au 31.03.2017, introduites du 10.08.2015 au 30.04.2017 pour un montant total de 55.387,04 €.
 - Le montant total des 2 PVC est de 64.187,16 €.
 - Décision du fonctionnaire dirigeant en date du 13.03.2020 qui
 - ✓ condamne solidairement Monsieur A. et le S.P.R.L. E. au remboursement de l'indu total ;
 - ✓ le condamne à payer une amende de 150 % du montant des prestations non effectuées, soit une amende de 53.141,37 euros dont un tiers avec un sursis de trois années, soit une amende effective de 35.427,58 euros et une amende avec sursis de 17.713,79 euros ;
 - ✓ le condamne à payer une amende de 100 % du montant des prestations non conformes, soit une amende de 28.759,58 euros dont la moitié avec un sursis de trois années, soit un amende effective de 14.379,79 euros et une amende avec sursis de 14.379,79 euros.
 - Monsieur A. conteste la décision FD en date du 09.04.2020.
 - Décision CPI prononcée le 12.05.2021 confirme les griefs établis et
 - ✓ condamne solidairement Monsieur A. et le S.P.R.L. E. au remboursement total de l'indu ;
 - ✓ condamne Monsieur A. à payer une amende de 50 % du montant des prestations non effectuées, soit la somme de 17.713,79 € dont la moitié avec un sursis de trois années, soit une amende effective de 8.856,89 € et une amende avec sursis de 8.856,89 € ;
 - ✓ condamne Monsieur A. à payer une amende administrative de 5 % du montant des prestations non conformes indûment attestées (28.759,58 €), soit la somme de 1.437,98 € ;
 - ✓ autorise Monsieur A. à s'acquitter des sommes dues par mensualités de 350 € à partir du 15 juin 2021 jusqu'à complet paiement.
 - Il a remboursé jusqu'à présent 58.112,92 € et il doit encore 16.369,11 €.

V. RECEVABILITÉ DES POURSUITES : SEULE LA SPRL E. AURAIT PU ÊTRE POURSUIVIE EN SA QUALITÉ (ASSIMILÉE) DE DISPENSATEUR DE SOINS

Selon Monsieur A. , les poursuites sur base de l'article 142 § 1er, 1° et 2° de la loi ASSI du 14 juillet 1994, en vertu duquel les dispensateurs de soins et assimilés qui ne se conforment pas à l'article 73bis de la loi ASSI (prestations non conformes et/ou non prestées) s'exposent notamment au remboursement de la valeur des prestations indûment attestées ne peuvent être dirigées contre lui.

Par personne assimilée au « dispensateur de soins », l'article 2 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 dispose qu'il faut notamment entendre :

« n) Les personnes physiques ou morales qui les emploient [comprendre : qui emploient les dispensateurs de soins], qui organisent la dispensation des soins ou la perception des sommes dues par l'assurance soins de santé ».

Or, les soins litigieux ont été accomplis par des infirmières employées par la S.P.R.L. E.

« LA S.P.R.L E. est la personne morale qui emploie les infirmières, qui organise la dispensation des soins et la perception des sommes dues par l'assurance soins de santé.

S'il est vrai que la responsabilité de la S.P.R.L. E. peut être engagée du fait des personnes qu'elle emploie, sur pied de l'article 2n de la loi ASSI dès lors que l'employeur, personne morale en l'espèce, est assimilé à un « dispensateur de soins », Monsieur A. ne pourrait quant à lui aucunement être poursuivi en son nom propre. »

En qualité d'organe de cette société, il engage dès lors uniquement la responsabilité de cette dernière. Il n'est pas « dispensateur de soins » au sens de l'article 2n ».

Il apparaît d'ailleurs, à la lecture des travaux préparatoires relatifs à la loi du 13 décembre 2006 portant dispositions diverses en matière de santé que le but de la modification de l'article 2 était uniquement de donner la possibilité d'instruire une enquête à charge et à décharge d'une institution de soins en tant que personne morale.

La qualité de « dispensateur de soins » ne peut être retenue, à l'encontre de Monsieur A. en sa qualité de gérant de la S.P.R.L. E.

Il ne ressort ni du texte de l'article 2 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, ni de son esprit, qu'une personne physique pourrait être poursuivie en sa qualité d'organe de l'employeur, soit la S.P.R.L. E. en l'espèce, laquelle organisait la dispensation des soins et percevait les sommes dues par l'assurance.

Notons enfin que l'article 164 alinéa 2 de la loi ASSI précise :

« 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 des soins ».

En l'espèce, la valeur des prestations payées par les organismes assureurs ne l'ont pas été pour le propre compte de Monsieur A., mais bien pour le compte de la S.P.R.L. E.

Ce n'est pas Monsieur A. qui organisait la perception des sommes dues par l'assurance soins de santé, mais bien la S.P.R.L., sur le compte bancaire de laquelle étaient versés tous les paiements.

Monsieur A. ne pourrait pas davantage être poursuivi, en son nom propre, sur base de cet article. »

La loi 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 dispose

Article 2n

« par "dispensateur de soins", les praticiens de l'art de guérir, les kinésithérapeutes, les praticiens de l'art infirmier, les auxiliaires paramédicaux, les aides-soignants, les établissements hospitaliers, les établissements de rééducation fonctionnelle et de réadaptation professionnelle et les autres services et institutions.

Sont assimilées aux dispensateurs de soins pour l'application des articles 53, § 1^{er}, § 1^{er} bis et § 1^{er} ter, 73bis, 77sexies, 142 et 144, les personnes physiques ou morales qui les emploient, qui organisent la dispensation des soins ou la perception des sommes dues par l'assurance soins de santé; »

Article 142

« § 1^{er}. 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 : »

L'article 2, n) vise expressément les praticiens de l'art infirmier et les personnes physiques ou morales qui les emploient, qui organisent la dispensation des soins... Il n'exclut pas l'un à défaut de l'autre.

Or, Monsieur A. est dispensateur de soins et, en outre, organe de la société. Les deux qualifications ne s'excluent pas. C'est en ce sens que statue le Conseil d'Etat¹. La situation de Monsieur A. serait différente s'il n'était pas lui-même personnellement dispensateur de soins.

Dans l'arrêt du Conseil d'Etat cité on relève l'argumentation suivante :

« On peut lire ce qui suit dans l'exposé des motifs du projet de loi portant dispositions diverses en matière de santé :

« CHAPITRE XII

Responsabilisation

Article 85

Modification de l'article 2

Les dispositions actuelles de la loi relatives au Service d'évaluation et de contrôle médicaux permettent de sanctionner les infractions commises par les dispensateurs et eux seuls.

Ainsi, par exemple, lorsqu'une infirmière salariée commet des infractions sous la pression de son employeur, la seule possibilité de sanctionner cet employeur s'il n'est pas lui-même dispensateur, est d'infliger une amende administrative à l'infirmière et de la

¹ C.E.19.02.2004, arrêts n° 128.290 et 128.291, <http://www.raadvst-consetat.be/>

condamner à rembourser l'indu, sachant que ces sommes seront ensuite supportées par l'employeur en vertu de l'article 18 des lois sur le contrat de travail.

Le projet tend à pouvoir sanctionner directement l'employeur sans ce détour par son personnel salarié.

Il s'agit aussi de prévenir d'éventuelles discussions juridiques quant au respect du contradictoire et des droits de la défense puisque dans la procédure actuelle applicable aux seuls dispensateurs de soins, l'employeur n'est pas entendu et n'a pas la possibilité de faire valoir d'éventuels moyens de défense. Le même objectif est poursuivi à l'égard des personnes physiques ou morales - non dispensateurs de soins - qui organisent la dispensation de soins ou qui perçoivent des sommes dues par l'assurance ».

Il ressort de ce qui précède que l'assimilation tend à permettre au SECM de poursuivre, outre les personnes physiques qui dispensent effectivement les soins litigieux, l'employeur ou, lorsque l'organisation des soins a lieu dans un autre cadre que le travail salarié, l'équivalent de l'employeur, c'est-à-dire les personnes physiques ou morales qui organisent cette dispensation ou perçoivent les sommes dues par l'assurance »

Dans un arrêt subséquent, le Conseil d'Etat expose :

« Ce mécanisme de remboursement solidaire peut être simultanément appliqué à différentes personnes physiques ou morales, pour autant qu'il soit établi, conformément au prescrit légal précité, que chacune d'entre elles a perçu, pour son propre compte, les prestations litigieuses. 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 qui ne s'est pas conformé aux dispositions légales ou réglementaires, selon l'article 164, alinéa 2, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

CHAPITRE XII Responsabilisation article 85 Modification de l'article 2 Les dispositions actuelles de la loi relatives au Service d'évaluation et de contrôle médicaux permettent de sanctionner les infractions commises par les dispensateurs et eux seuls.

Le projet tend à pouvoir sanctionner directement l'employeur sans ce détour par son personnel salarié. Il s'agit aussi de prévenir d'éventuelles discussions juridiques quant au respect du contradictoire et des droits de la défense puisque dans la procédure actuelle applicable aux seuls dispensateurs de soins, l'employeur n'est pas entendu et n'a pas la possibilité de faire valoir d'éventuels moyens de défense. Le même objectif est poursuivi à l'égard des personnes physiques ou morales – non dispensateurs de soins – qui organisent la dispensation de soins ou qui perçoivent les sommes dues par l'assurance».

Des discussions dans le cadre des travaux de la Commission de la Santé publique, de l'Environnement et du Renouveau de la société, on retiendra le passage suivant :

« Responsabilisation des prestataires de soins Art. 85 M. Luc Goutry (CD&V) demande si les mots «personnes physiques ou morales qui les emploient, qui organisent la dispensation des soins ou la perception des sommes dues par l'assurance soins de santé» visent également les mutuelles. Le ministre répond par la négative. Cet article vise non les organismes assureurs, mais les prestataires de soins. Il permettra de poursuivre également les maisons de repos et les hôpitaux, ce qui n'était pas le cas auparavant (seuls les prestataires individuels pouvaient être poursuivis, et pas les gestionnaires). M. Luc Goutry (CD&V) s'interroge sur les moyens qui pourront être mis en œuvre pour effectuer des contrôles dans ces institutions. Cela n'implique-t-il pas une violation du secret professionnel ? Le ministre répond que les services de contrôle ont mis en lumière des circuits de fraude organisée au sein d'institutions de soins. Pour l'instant, il n'est pas possible de poursuivre ces institutions, mais uniquement les prestataires, alors que le circuit de fraude peut être plus large et impliquer le gestionnaire. Les moyens d'enquête sont donc les mêmes, l'article ajoutant uniquement la possibilité

juridique d'instruire une enquête à charge et à décharge d'une institution de soins en tant que personne morale. L'essentiel du contentieux concerne les prestataires de soins à titre individuel. Il n'en reste pas moins qu'une petite partie du contentieux concerne des institutions».

*En adoptant les dispositions précitées, le législateur a eu en vue de permettre la condamnation des dispensateurs de soins et de personnes et/ou institutions pour lesquelles ils travailleraient et qui les auraient contraintes à commettre des irrégularités. **Il ne ressort ni du texte de l'article 142 de la loi coordonnée ni des travaux préparatoires de la loi que le législateur aurait eu en vue d'exonérer de manière absolue un dispensateur de soins de sa responsabilité au motif qu'une personne assimilée à un dispensateur de soins pourrait voir sa responsabilité engagée.***

En conséquence, dès lors qu'un dispensateur de soins accomplit un des actes proscrits par l'article 73bis de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, sa responsabilité est susceptible d'être mise en cause, le cas échéant conjointement avec celle d'une personne y assimilée. »²

La responsabilité des faits est attribuée à Monsieur A. en ses qualités de dispensateur de soins infirmiers et d'organisateur de la dispensation des soins et de la perception des sommes dues par l'assurance soins de santé.

Monsieur A. est responsable du groupement infirmier E. Toutes les prestations portées en compte reprises dans le PVC du 16.12.2020 ont été introduites par le groupement E. avec le n° tiers payant ...

Monsieur A. recrute le personnel et travaille avec des infirmiers salariés qui utilisent le numéro du groupement.

Monsieur A. coordonne l'équipe, détermine les horaires, organise les tournées, en fonction du type de soins et en fonction du patient.

Il avait une secrétaire salariée qui s'occupait des papiers et qui s'occupait de l'encodage des patients.

Partant la mise à la cause de Monsieur A. personnellement est justifiée légalement.

VI. GRIEFS

Grief 1 « prestations non effectuées »

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 exécutées ou fournies.

Infraction visée à l'art. 73 bis, 1° de la Loi ASSI coordonnée le 14 juillet 1994.

Nomenclature des prestations de santé

L'article 8 de la NPS détermine quelles prestations doivent être réalisées et par qui.

"Art. 8. § 1er. Les prestations suivantes sont considérées comme des prestations qui requièrent la qualification d'infirmier gradué ou assimilé, d'accoucheuse, d'infirmier breveté, d'hospitalier/assistant en soins hospitaliers ou assimilé, appelés ci-après

² CE arrêt 247.257 du 09.03.2020, <http://www.raadvst-consetat.be/>

praticiens de l'art infirmier (W). Toutefois, les prestations techniques spécifiques de soins infirmiers, visés sous rubrique III du § 1er, 1°, 2°, 3° et 3°bis requièrent la qualification d'infirmier gradué ou assimilé, d'accoucheuse ou d'infirmier breveté."

Il ressort des éléments recueillis lors de l'enquête (auditions d'assurés, constats des inspecteurs-sociaux, auditions témoins), que Monsieur A. a porté en compte des prestations non effectuées, prestations d'hygiène et d'application de collyre qui n'ont pas été réalisés.

Ce grief concerne 8 assurés pour 2.167 prestations, pour la période de prestations du 01.11.2017 au 06.06.2019 et d'introduction à l'OA du 02.01.2018 au 10.07.2019, a concurrence d'un indu total de 9.798,42 €.

Grief 1 - Discussion des cas

A titre liminaire, nous retenons que pour les 8 cas concernés, il y a eu encodage manuel ou via scan des codes-barres dans respectivement, 55% des soins attestés, 100 %, 85 % (cas 3 et 4), 59 %, 72 % et 94 % (dernier cas), alors que la tolérance est de 10 % sur l'ensemble de la patientèle.

1) Madame G. :

-Prestations attestées

N° code de prestation	Libellé	Nombre	Montant
425014	Première prestation de base de la journée de soins	55	166,65 €
425110	Soins d'hygiène (toilettes)	63	253,26 €
425412	Première prestation de base de la journée de soins - Weekend	24	99,60 €
425515	Soins d'hygiène (toilettes) - Weekend	29	175,16 €
Total général		171	694,67 €

Selon le dossier, la toilette n'était pas réalisée.

Les documents (commentaires des prestataires) remis par Monsieur A. ne permettent pas d'étayer la réalisation de soins d'hygiène journalier.

Dans ces commentaires, il y a 3 dates (28.05.2018 – 22.05.2018 – 05.05.2018) où l'absence de l'assurée est mentionnée. Des prestations sont tarifées ces jours d'absence.

Par ailleurs, Madame F. mentionne dans son audition, ne pas connaître l'assurée alors qu'elle apparaît dans les commentaires pour cette assurée.

Seuls 2 commentaires mentionnent la réalisation de soins d'hygiène (28.06.2018 – 31.05.2018).

Ont été retenues, selon les déclarations de l'assurée, les prestations de soins d'hygiène ainsi que les 1ères prestations de base.

Dans son audition en date du 01.08.2019, Madame G. déclare :

« (...) Vous me demandez si j'ai des soins infirmiers.

Non, j'ai des visites, sûrement un infirmier, qui vient me donner mes médicaments, tous les jours, même le week-end.

*Une fois je les ai pris 2x. C'est pour ça qu'il vient.
Je n'ai jamais eu d'autre soin, ni pansement, ni toilette. Je me lave seule le soir.
Je prends ma douche avant d'aller dormir.(...) ».*

Dans son audition du 05.03.2021, Monsieur A. déclare :

*« (...) Je vous remets des documents obtenus via EPIOX. Les documents reprennent les dates de passage, les soignants, leurs commentaires concernant la patiente.
Il n'était pas toujours possible de mettre un commentaire au niveau timing mais j'ai des commentaires qui prouvent que la toilette était réalisée (...) »
« (...) La toilette était réalisée par l'infirmier. Elle n'était pas capable de se laver en raison de la désorientation, de douleurs et d'une entorse à la cheville. C'est celle-ci qui a entraîné une visite infirmière quotidienne ainsi que la toilette, permettant à l'aide-ménagère de se consacrer à d'autres tâches.
La patiente a fait de nombreuses chutes. Il s'agit d'une dame nerveuse et algique.
Je précise que la toilette a été introduite suite à une demande de soins du médecin traitant, H.
Dans le dossier, il est précisé qu'il s'agit d'une toilette complète, toilette à l'évier.
D'autres commentaires permettent de mettre en évidence l'état de dépendance de la patiente.(...) ».*

2) Monsieur I. :

Les toilettes n'étaient pas réalisées le dimanche.
En effet, selon les déclarations de Madame F. et de Monsieur A., les soins d'hygiène n'ont pas été effectués chaque jour.
Durant la période contrôlée, des soins d'hygiène ont été attestés tous les jours entre :
·Le 06.09.2018 et le 30.09.2018 (dates de prestations)
·Le 07.12.2018 et le 31.12.2018 (dates de prestations)
·Le 14.01.2019 et le 31.01.2019 (dates de prestations et fin de la période contrôlée)

Seules les prestations de base sont retenues pour les dimanches.

Dans son audition en date du 19.07.2019, Madame J. (épouse de Monsieur I.) déclare :

*«(...) Je vous réponds pour moi et mon mari que je reçois des soins infirmiers, toilette pour moi et mon époux tous les jours sauf le dimanche. C'est ainsi depuis le départ, fin 2018, je pense.
C'est Mme F., aide soignante, notre voisine, qui vient faire les toilettes.
C'est toujours elle qui vient, je n'ai jamais eu personne d'autre.(...) ».*

Dans son audition en date du 31.10.2019, Madame F., aide-soignante, déclare :

« Quand je suis en congé, personne d'autre n'y va ni le we ni le lundi. Au début, A. y allait je pense. Je ne sais pas combien de fois il y est allé. »

Dans son audition du 05.03.2021, Monsieur A. déclare :

*« (...) et Madame J. NRN ...
Il s'agit d'un couple (...) ».
« (...) Certes, il y a des dimanches où les toilettes n'ont pas été réalisées mais du coup elles n'étaient pas facturées.(...) ».
« (...) Il arrivait qu'ils disent « ne viens pas demain ». Du coup, ces jours-là non plus n'étaient pas facturés. Et ça arrivait le dimanche mais pas tous les dimanches.(...) ».*

Or ces prestations ont été facturées tous les dimanches.

3) Madame K. :

Selon les déclarations de l'assurée, les collyres n'étaient plus administrés. Ils ont été administrés 8 à 10 jours en post-opératoire après les opérations du 18.09.2018 et 16.10.2018.

Ont été retenues, selon les déclarations de l'assurée, les prestations d'application de collyre, les 2èmes et 3èmes prestations de base après le dixième jour d'attestation des soins, postérieurs aux dates d'interventions.

Dans son audition du 19.07.2019, Madame K. déclare :

*« (...) L'année passée, j'ai été opérée des deux yeux pour la cataracte. En 2018 donc. Suite à cela ils sont venus me mettre des gouttes dans les yeux 3x par jour pendant 8 à 10 jours.
En 2016 et 2017, après les interventions chirurgicales, on est venu aussi faire des pansements pendant quelques jours en post-opératoire. Il n'y pas eu de complication. Je retrouve dans mon carnet personnel : opération œil droit le 18/09/2018 par le Dr L. et œil gauche le 16/10/2018. Je n'ai jamais eu d'autre soins de plaie. (...)»*

4) Madame M. :

Dans le cas de cette assurée, aucune toilette n'a été réalisée. Seules, les injections d'insuline étaient réalisées.

Ont été retenues, selon les déclarations de l'assurée, les prestations de soins d'hygiène.

Dans son audition du 22.07.2019, Madame M. déclare :

*« (...) L'infirmière passe 2x/jour faire mes piqûres d'insuline.(...) ».
« (...) Les infirmières viennent tous les jours même le week-end.
On ne m'a jamais lavée, ils me l'ont demandé mais ne l'ont jamais fait.
(...)
Je suis formelle les infirmières ne m'ont jamais lavée jusqu'à présent.
Je me lave à la salle de bain, à l'évier.
Ma fille me lave les cheveux le soir après son travail.
Vous pouvez constater, aujourd'hui je suis toujours en pyjama et je ne me suis pas encore lavée car je ne me sens pas très bien.
Je vis ici avec ma fille.(...) ».*

Madame F., aide-soignante, déclare ne pas connaître Madame M.

Dans son audition du 05.03.2021, Monsieur A. déclare :

*« (...) Vous avez interrogé sa fille plutôt que la patiente.(...) ».
« (...) D'abord, nous soignons le père puis, vu son état de dépendance, nous avons introduit une demande de toilette pour la mère. Nous avons réalisé les toilettes de la mère. La fille n'était pas là pour ses parents.(...) ».*

5) Madame J. :

Dans le cas de cette assurée, les toilettes n'étaient pas réalisées le dimanche.

Cette affirmation ressort des déclarations de Madame F. et de Monsieur A.

Durant la période contrôlée, des soins d'hygiène ont été attestés tous les jours entre :

·Le 07.12.2018 et le 31.12.2018 (dates de prestations)

·Le 14.01.2019 et le 31.01.2019 (dates de prestations et fin de la période contrôlée).

Ont été retenues, selon les déclarations de l'assurée, les prestations de soins d'hygiène et les 1ères prestations de base, les dimanches.

Dans son audition en date du 19.07.2019, Madame J. déclare :

« (...) Je vous réponds pour moi et mon mari que je reçois des soins infirmiers, toilette pour moi et mon époux tous les jours sauf le dimanche. C'est ainsi depuis le départ, fin 2018, je pense.

C'est Mme F., aide soignante, notre voisine, qui vient faire les toilettes.

C'est toujours elle qui vient, je n'ai jamais eu personne d'autre.(...) ».

Dans son audition en date du 31.10.2019, Madame F., aide-soignante déclare :

·Madame J. et Monsieur I. :

Quand je suis en congé, personne d'autre n'y va ni le we ni le lundi. Au début, A. y allait je pense. Je ne sais pas combien de fois il y est allé.

Dans son audition du 05.03.2021, Monsieur A. déclare :

« (...) et Madame J.

Il s'agit d'un couple (...) ».

« (...) Certes, il y a des dimanches où les toilettes n'ont pas été réalisées mais du coup elles n'étaient pas facturées.(...) ».

« (...) Il arrivait qu'ils disent « ne viens pas demain ». Du coup, ces jours-là non plus n'étaient pas facturés. Et ça arrivait le dimanche mais pas tous les dimanches.(...) ».

Or les toilettes étaient facturées.

6) Madame N. :

Dans le cas de cette assurée, non seulement les toilettes n'étaient pas réalisées mais il n'y avait pas de passage le week-end alors que des soins d'hygiène et des prestations de base sont tarifées chaque weekend du 16.12.2017 jusqu'au 18.10.2018.

Ont été retenues, selon les déclarations de l'assurée, les prestations de soins d'hygiène et les 1ères prestations de base.

Dans son audition du 19.07.2019, Madame N. déclare :

« (...) Vous me demandez si j'ai eu besoin d'un infirmier ou si j'ai eu des prises de sang. Je vous réponds que non, je n'ai pas eu de soins infirmiers.

[...]

Je n'ai jamais eu personne à la maison pour me faire ma toilette. Je l'ai toujours faite toute seule.

J'ai été hospitalisée. Il y a plus de 10 ans pour mon épaule et ma hanche. Je n'ai pas eu d'infirmier à cette occasion non plus.

Vous me demandez si je connais l'équipe E. de Mr A. , je vous réponds que non.

« (...) Vous me demandez si j'ai eu un infirmier fin 2017.

Non, mais j'ai une infirmière qui vient à la maison presque tous les jours pour préparer mes médicaments.

Je ne connais pas son nom mais il y a longtemps qu'elle vient. Elle vient les jours de la semaine mais pas le week-end.(...) ».

« (...) Elle prépare les médicaments dans le semainier une fois, le reste du temps elle vient pour voir si ça va.(...) ».

« (...) Le chef de l'infirmière est A. Je ne l'ai jamais vu. Quand l'infirmière vient, je suis déjà lavée et habillée.(...) ».

Dans son audition en date du 31.10.2019, Madame F. aide-soignante déclare :

«(...) Vous me lisez son audition. Elle m'a raconté que vous étiez venus. Elle est pudique, elle n'a pas osé vous dire la vérité. C'est un collègue qui passe pour ses médicaments, je ne sais pas qui et moi, je lui fais sa toilette. Mon week-end de congé, un we/2, personne d'autre n'y va pour la toilette. Mon lundi de congé, une semaine sur 2, je ne sais pas si quelqu'un y va.(...) ».

Dans son audition du 05.03.2021, Monsieur A. déclare :

« (...) Je connais moins son histoire. Elle a été hospitalisée à plusieurs reprises pour chutes. Les soins ont été arrêtés puis repris. Il y a eu des coupures dans les soins : quand elle allait mieux, nous n'y allions plus. Ou quand elle était hospitalisée.(...) ».

7) Madame O.

Dans le cas de cette assurée,

7.1. Les toilettes n'ont pas été effectuées avant l'hospitalisation de l'assurée, en novembre 2018.

Ont été retenues, selon les déclarations de l'assurée, les prestations de soins d'hygiène et les 1ères prestations de base.

Dans son audition du 22.07.2019, Madame O. déclare :

« [...]Vous pouvez lire Katz (7/11/18) :

Se laver 2

S'habiller 1

Aller à la toilette 1

Continence 1

Manger 1

Temps 1

Espace 1

[...] Le 14 décembre 2018, je suis partie en Suisse jusqu'au 10/03/2019.

Je n'ai pas eu besoin des infirmières pendant que je suis partie et elle n'est plus venue après.

Je n'ai pas eu d'infirmière en 2017 et 2018 avant mon hospitalisation de novembre.

J'ai toujours été autonome avant cela.

L'infirmière me lavait le dos et me mettait de la crème.

Elle me demandait ma carte d'identité.

L'infirmière qui est venue s'appelle Madame F..

Je n'ai jamais eu besoin de personne avant.(...) ».

« (...)En 2017, je suis aussi partie en Suisse, le 24/12/17 et je suis revenue vers le mois de mars 2018.

Je suis formelle avant mon hospitalisation en novembre 2018, je n'ai jamais eu d'infirmière.(...) ».

Dans son audition en date du 31.10.2019, Madame F., aide-soignante déclare :

Je l'ai lavée début de cette année. Je l'ai eue l'an passé en 2018 mais je ne sais plus quand dans l'année. Au niveau du timing, je ne sais plus du tout.

Dans son audition du 05.03.2021, Monsieur A. déclare :

« (...) Je pense que c'est 1 fracture du col du fémur suite à une chute. Je précise que le conjoint de la patiente s'est disputé avec la soignante principale, Madame F.. Il l'a harcelée au téléphone et il y a eu des coups sur le véhicule et sur elle-même, la prestataire. Il y a eu un dépôt de plainte à la police. J'ai dû mettre un terme aux soins chez ce patient et même chez cette patiente. Mais l'arrêt des soins à été ultérieur à celui chez le conjoint.(...) ».

7.2. Aucune toilette n'a été effectuée en 2019.

Ont été retenues, selon les déclarations de l'assurée, les prestations de soins d'hygiène et les 1ères prestations de base.

Dans son audition du 22.07.2019, Madame O. déclare :

« (...) Le 14 décembre 2018, je suis partie en Suisse jusqu'au 10/03/2019. Je n'ai pas eu besoin des infirmières pendant que je suis partie et elle n'est plus venue après. »

8) Madame P.

Dans le cas de cette assurée, aucune toilette n'a été effectuée avant avril 2019, alors que des demandes ont été introduites au remboursement pendant la période du 30.06.2018 au 28.02.2019 (prestations datées du 04.05.2018 au 31.01.2019) :

Ont été retenues, selon les déclarations de la petite-fille de l'assurée, les prestations de soins d'hygiène ainsi que les 1ères prestations de base.

Dans son audition du 19.08.2019, Madame Q. (petite fille de Madame P.) déclare :

« (...) Vous me demandez si elle reçoit des soins infirmiers. Oui, tous les jours pour prise de tension et glycémie depuis avril 2019. Je vous montre un petit carnet sur la table avec les résultats de tension et glycémie. Il commence en mai 2019. Quand la tension ou la glycémie est mauvaise, ils repassent l'après-midi. Ça n'arrive pas régulièrement.(...) ».

« (...) Ils sont déjà venus désinfecter une plaie auparavant. Ils avaient proposé de la laver après le décès de mon grand-père il y a 2 ans après une chute mais elle a refusé. Si ils ont effectué quelques toilettes, cela ne doit pas être beaucoup car elle a vite dit non, elle veut toujours la faire seule. Actuellement, ils ne réalisent pas sa toilette non plus.(...) ».

Dans son audition du 23.09.2019, Madame R., infirmière, déclare :

Madame P., tension, injection de Lasix selon les résultats de la tension, glycémie, douche parfois ou dos-pieds. Vous me dites que sa petite-fille a déclaré qu'elle refusait les toilettes. Ce n'est pas vrai.

Dans son audition en date du 31.10.2019, Madame F., aide-soignante déclare :

« J'ai été quelque fois lui donner sa douche au premier étage. »

Dans son audition du 05.03.2021, Monsieur A. déclare :

« (...) Vous avez rencontré son fils. Vous n'avez pas su la voir 1 ou 2 fois car elle était hospitalisée.

Le fils doit être médecin mais n'a pas le temps de s'occuper de ses parents, en raison de son travail.(...) ».

« (...) La patiente refusait son état, elle trouvait son état dégradant.

Elle avait de gros soucis de santé : chute avec fractures des côtes avec injection de morphine, gros soucis cardiaques et tensionnels.

Je pense qu'elle n'osait pas parler de son état de santé avec son fils. J'ai dû appeler l'ambulance et également la relever.(...) ».

Dans les commentaires remis par Monsieur A., aucun commentaire de Madame R. n'apparaît avant le 18.03.2019 car celle-ci était en écartement suite à sa grossesse. Le commentaire du 18.03.2019 ne concerne pas la période contrôlée pour cette assurée.

Concernant Madame F., celle-ci n'apparaît ni dans la tarification, ni dans les commentaires fournis par Monsieur A.

Le grief est établi.

Grief 2 – « prestations non conformes »

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'article 73bis,2° de la Loi coordonnée le 14 juillet 1994.

En l'espèce, il s'agit de soins d'hygiène et forfaits non attestables car la toilette était incomplète.

Ce grief concerne 2 assurées pour 772 prestations (ventilations : voir tableau ci-dessous), pour la période de prestations du 01.11.2017 au 31.01.2019 et d'introduction à l'OA du 02.01.2018 au 13.02.2019, à concurrence d'un indu total de 7.044,45€.

Nomenclature des prestations de santé.

"Art. 8. § 1^{er}.

[...]

"1° Prestations effectuées au cours d'une séance de soins infirmiers au domicile ou à la résidence du bénéficiaire.

I. Séance de soins infirmiers.

A. Prestation de base.

425014 Première prestation de base de la journée de soins W 0,879

B. Prestations techniques de soins infirmiers.

425110 : Soins d'hygiène (toilettes) W 1,167

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

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)

W 7,371

"2° Prestations effectuées au cours d'une séance de soins infirmiers durant le week-end ou un jour férié au domicile ou à la résidence du bénéficiaire.

A. Prestation de base.

425412 Première prestation de base de la journée de soins W 1,206

C. Prestations techniques de soins infirmiers."

425515 : Soins d'hygiène (toilettes) W 1,754

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

425692 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)

W 10,944

"§ 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 :

"a) pour chaque bénéficiaire dans le chef duquel des 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° ont été attestés, une toilette (prestations 425110, 425515, 425913 ou 427755) par journée de soins a été effectuée à l'exception des honoraires forfaitaires PP;"

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

"§ 6. Précisions relatives aux toilettes (prestations 425110, 425515, 425913 et 427755) :

"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."

"2° Les prestations 425110, 425515, 425913 ou 427755 effectuées pour un bénéficiaire ne répondant pas aux critères mentionnés à la rubrique II du § 1er, 1° ; 2° ; 3° ou 3°bis, et à la rubrique IV du § 1er, 1° et 2° ne peuvent être attestées qu'une fois par journée de soins."

"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, 425913 ou 427755) par semaine peuvent être attestées;

- aucune toilette 425515 ne peut être attestée."

(...)

8° La toilette comprend l'ensemble des soins infirmiers se rapportant à la globalité des soins d'hygiène y compris préventifs; elle se complète, le cas échéant, par la mobilisation du patient.

Directives pour l'utilisation de l'échelle d'évaluation (d'application à partir du 1er avril 2011)

Se laver :

1. Est capable de se laver complètement sans aucune aide

Le patient est capable de se laver complètement sans aucune aide et sans aucune forme de surveillance ou de stimulation.

2. A besoin d'une aide partielle pour se laver au-dessus ou en dessous de la ceinture
Il existe deux possibilités:

a) Le patient a besoin d'une aide active pour se laver au-dessus ou en dessous de la ceinture, ou

b) Le patient est capable de se laver au-dessus ou en dessous de la ceinture, moyennant une stimulation et sans la nécessité d'une surveillance et/ou d'une présence continue(s).
La situation où seul le dos ou seuls les pieds sont lavés répond au score '2'.

3. A besoin d'une aide partielle pour se laver tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture
Il existe deux possibilités:

a) Chaque fois que le patient se lave, au-dessus et en dessous de la ceinture, il a besoin d'aide pour se laver au-dessus ou en dessous de la ceinture, ou

b) Le patient est encore capable de se laver partiellement tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture, moyennant une stimulation individuelle continue (par exemple vocale) et une surveillance active continue.

La situation où seuls le dos et les pieds sont lavés répond au score '3'

4. Doit être entièrement aidé pour se laver tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture
Lorsqu'une tierce personne ne le fait pas, le patient n'est pas lavé.

Grief 2 - Discussion des cas

1) Madame S.

La toilette n'était que partielle : dos-pieds.

Or, dans les directives pour l'utilisation de l'échelle d'évaluation, cela correspond à un score de 3 pour le critère « Se laver ». Un maximum de 2 toilettes pouvait donc être attesté.

De plus, la toilette comprend la globalité des soins d'hygiène.

Ont été retenues, selon les déclarations de l'assurée et de Madame R., les prestations de soins d'hygiène, les 1ères prestations de base ainsi que des prestations forfaitaires (FB) les mardis, mercredis, jeudis, samedis, dimanches.

Dans son audition du 19.07.2019, Madame S. déclare :

« (...) J'ai eu des soins infirmiers.

Je vous montre un dossier infirmier au nom de E.

-Descriptif de soins : toilette à l'évier dos - pieds. Se déplace seule

-Feuille de traitement : vierge

-Communication interdisciplinaire : vierge

-1 feuille de soins journaliers datant de juillet 2017 paraphée du 3 au 14 et du 17 au 20 juillet.

Quand ils venaient me laver, je voulais bien qu'ils lavent dos et pieds mais le reste je préférais le faire seule.(...) ».

[...]

Certainement qu'on m'a alors fait des toilettes mais pas complètes. Plutôt dos et pieds.(...) ».

Dans son audition du 23.09.2019, Madame R., infirmière, déclare :

« (...) Madame S., je pense que c'était une toilette 2 fois semaine. Je ne sais pas qui y allait. Je suis allée chez sa fille faire la toilette et des Clexane. Elle avait peut-être bien un pansement au genou. J'y suis allée encore quand elle retournée chez elle après au moins un mois ou deux chez sa fille après son agression et son hospitalisation mais par après plus.(...) ».

Dans son audition en date du 31.10.2019, Madame F., aide-soignante déclare :

« (...) C'est une ancienne patiente. Je faisais sa toilette dans la salle de bain. Cela fait un temps qu'on ne l'a plus. Je ne sais pas vous dire quand je l'ai prise en charge.(...) ».

Dans son audition du 05.03.2021, Monsieur A. déclare :

Madame S.

« (...) Elle a eu : chutes à répétition, fracture col fémur et fracture cheville.

Son niveau d'autonomie était lié à ses chutes.

Selon les commentaires et la demande de la patiente, je ne pense pas qu'un T2 soit adéquat. J'estime que cette dame a besoin d'aide pour se laver. Moi, j'ai évalué son état de dépendance selon les dires de la patiente, selon mes observations et les observations, dont commentaires, des infirmières.

Quand elle allait mieux, j'ai changé son échelle de Katz.(...) ».

N° code de prestation	Lettre-clé et coefficient	Libellé	Date d'entrée en vigueur
425014	W 0,879	Première prestation de base de la journée de soins	01-06-1997
425110	W 1,167	Soins d'hygiène (toilettes)	01-06-1997
425294	W 7,371	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)	
425412	W 1,206	Première prestation de base de la journée de soins - Weekend	01-06-1997
425515	W 1,754	Soins d'hygiène (toilettes) - Weekend	01-06-1997
425692	W 10,944	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) - Weekend	01-06-1997

2) Madame T. :

La toilette n'était que partielle : dos-pieds.

Cela correspond à un score de 3 pour le critère « Se laver ». Un maximum de 2 toilettes pouvait donc être attesté.

De plus, la toilette comprend la globalité des soins d'hygiène.

Ont été retenues, selon les déclarations de l'assurée et de Madame F., les prestations de soins d'hygiène et les 1ères prestations de base les mardis, mercredis, jeudis, samedis, dimanches.

« Madame T. déclare que des infirmiers passent pour laver ses jambes et ses pieds. Madame nous montre un cahier des infirmiers nous dit-elle. Des feuilles de soins journaliers du mois de septembre et octobre 2017 y sont présentes lorsque nous le consultons, ensuite, plus rien.

Madame déclare que son médecin traitant actuel est docteur U. Madame dit avoir toujours eu les mêmes infirmiers depuis 2011. Elle dit n'être jamais lavée entièrement par les infirmiers depuis qu'ils viennent et déclare faire ça elle-même. »

Dans son audition en date du 31.10.2019, Madame F., aide-soignante déclare :

« (...) Madame T. : On faisait sa toilette, elle lavait ses parties intimes. Je ne l'ai eue que quelque fois.(...) ».

Dans son audition du 05.03.2021, Monsieur A. déclare :

« (...) Cette dame était fort fluctuante (...) ».

« (...) Ses 2 fils ont demandé 1 visite quotidienne, 1 d'entre eux est d'ailleurs infirmier. Dans le dossier que je vous remets, quand c'était 1 dos-pied, c'est stipulé par le soignant ou infirmier qui a réalisé les soins. Il y est également stipulé qu'il y avait des douleurs à la mobilisation chez la patiente, même si le souci le plus important résidait dans ses membres inférieurs avec œdèmes et soucis de mobilisation.(...) ».

« (...) Pour moi, elle exprimait des douleurs aux membres inférieurs et supérieurs ce qui explique la T7 et non une T2.(...) »

Le grief est établi.

Grief 3 Surscorage de l'échelle de Katz

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'article 73bis,2° de la Loi coordonnée le 14 juillet 1994.

Surscorage échelle de Katz pour un assuré.

Nomenclature des prestations de santé

"Art. 8. § 1er. Les prestations suivantes sont considérées comme des prestations qui requièrent la qualification d'infirmier gradué ou assimilé, d'accoucheuse, d'infirmier

breveté, d'hospitalier/assistant en soins hospitaliers ou assimilé, appelés ci-après praticiens de l'art infirmier (W). Toutefois, les prestations techniques spécifiques de soins infirmiers, visés sous rubrique III du § 1er, 1°, 2°, 3° et 3°bis requièrent la qualification d'infirmier gradué ou assimilé, d'accoucheuse ou d'infirmier breveté."

"1° Prestations effectuées au cours d'une séance de soins infirmiers au domicile ou à la résidence du bénéficiaire.

I. Séance de soins infirmiers.

A. Prestation de base.

425014 Première prestation de base de la journée de soins W 0,879

B. Prestations techniques de soins infirmiers.

425110 : Soins d'hygiène (toilettes) W 1,167

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

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)

W 7,371

"§ 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 :"

"a) pour chaque bénéficiaire dans le chef duquel des 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° ont été attestés, une toilette (prestations 425110, 425515, 425913 ou 427755) par journée de soins a été effectuée à l'exception des honoraires forfaitaires PP;"

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

"

"§ 6. Précisions relatives aux toilettes (prestations 425110, 425515, 425913 et 427755) :"

"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."

"

"2° Les prestations 425110, 425515, 425913 ou 427755 effectuées pour un bénéficiaire ne répondant pas aux critères mentionnés à la rubrique II du § 1er, 1°, 2°, 3° ou 3°bis, et à la rubrique IV du § 1er, 1° et 2° ne peuvent être attestées qu'une fois par journée de soins."

"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, 425913 ou 427755) par semaine peuvent être attestées;

- aucune toilette 425515 ne peut être attestée."

(...)

8° La toilette comprend l'ensemble des soins infirmiers se rapportant à la globalité des soins d'hygiène y compris préventifs; elle se complète, le cas échéant, par la mobilisation du patient.

Directives pour l'utilisation de l'échelle d'évaluation (d'application à partir du 1er avril 2011)

- art. 151 de l'A.R. du 3/07/1996 (maisons de repos pour personnes âgées, maisons de repos et de soins et les centres de soins de jour)
- art. 8 de l'annexe à l'A.R. du 14.09.1984 (nomenclature des praticiens de l'art infirmier)

Chaque critère doit être évalué en tenant compte des limitations quelle que soit leur origine (par exemple une affection cardiorespiratoire, une affection locomotrice, une affection psychique, etc.) et ce, indépendamment des soins dispensés.

Se laver :

1. Est capable de se laver complètement sans aucune aide

Le patient est capable de se laver complètement sans aucune aide et sans aucune forme de surveillance ou de stimulation.

*2. A besoin d'une aide partielle pour se laver au-dessus ou en dessous de la ceinture
Il existe deux possibilités:*

a) Le patient a besoin d'une aide active pour se laver au-dessus ou en dessous de la ceinture, ou

b) Le patient est capable de se laver au-dessus ou en dessous de la ceinture, moyennant une stimulation et sans la nécessité d'une surveillance et/ou d'une présence continue(s). La situation où seul le dos ou seuls les pieds sont lavés répond au score '2'.

*3. A besoin d'une aide partielle pour se laver tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture
Il existe deux possibilités:*

a) Chaque fois que le patient se lave, au-dessus et en dessous de la ceinture, il a besoin d'aide pour se laver au-dessus ou en dessous de la ceinture, ou

b) Le patient est encore capable de se laver partiellement tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture, moyennant une stimulation individuelle continue (par exemple vocale) et une surveillance active continue.

La situation où seuls le dos et les pieds sont lavés répond au score '3'

*4. Doit être entièrement aidé pour se laver tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture
Lorsqu'une tierce personne ne le fait pas, le patient n'est pas lavé.*

S'habiller :

1. Est capable de s'habiller et de se déshabiller complètement sans aucune aide

Le patient est capable de s'habiller et de se déshabiller complètement de sa propre initiative, sans aucune aide et sans aucune forme de surveillance ou de stimulation. Il s'agit de patients qui savent ce qu'ils doivent porter et qui changent à temps de vêtements.

Le patient qui éprouve uniquement des difficultés pour nouer ses lacets appartient à cette catégorie.

*2. A besoin d'une aide partielle pour s'habiller au-dessus ou en dessous de la ceinture
(sans tenir compte des lacets)*

Il existe deux possibilités:

a) Le patient a besoin d'une aide partielle active pour s'habiller et/ou se déshabiller au-dessus ou en dessous de la ceinture (par exemple pour enfiler un corset, des bas à varices), ou

b) Le patient est capable de s'habiller et/ou de se déshabiller au-dessus ou en dessous de la ceinture moyennant une stimulation (par exemple la préparation de ses vêtements) et sans la nécessité d'une surveillance continue et/ou d'une présence continue.

*3. A besoin d'une aide partielle pour s'habiller tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture
Il existe trois possibilités:*

- a) Le patient a chaque fois besoin d'une aide active partielle pour s'habiller et/ou se déshabiller tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture, ou
- b) Le patient est encore capable de s'habiller et/ou de se déshabiller partiellement tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture, moyennant une stimulation individuelle continue (par exemple vocale) et une surveillance active continue, ou
- c) Le patient a besoin d'aide pour mettre l(es) orthèse(s) et/ou la (les) prothèse(s) indispensable(s) à son autonomie locomotrice (membres supérieurs et/ou membres inférieurs).

Sans cette aide, le patient n'est pas capable de s'habiller décemment.

4. Doit être entièrement aidé pour s'habiller tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture. La situation du patient a tellement évolué qu'il ne s'habille ou ne se déshabille plus du tout. Si personne ne l'aide à s'habiller, le patient porte les mêmes vêtements jour et nuit.

Transfert et déplacements :

Le critère « transfert » exprime tout changement de position (de la position couchée à la station debout, de la position assise à la station debout, de la position couchée à la position assise et vice versa).

Le critère « déplacements » implique le fait d'aller d'un point à l'autre.

Aucun moyen d'immobilisation ou de contention n'est pris en considération pour l'évaluation de ce critère.

1. Est autonome pour le transfert et se déplace de façon entièrement indépendante, sans auxiliaire(s) mécanique(s), ni aide de tiers

Le patient est autonome pour le transfert et est capable de se déplacer sans aucune aide de tiers ou d'aide(s) mécanique(s), comme il l'a toujours fait.

2. Est autonome pour le transfert et ses déplacements moyennant l'utilisation d'auxiliaire(s) mécanique(s) (béquille(s), chaise roulante, ...)

Le patient est autonome pour le transfert, éventuellement à l'aide d'auxiliaire(s) mécanique(s). Pour se déplacer, le patient utilise lui-même des aides à la marche telles des béquilles, une tribune, une chaise roulante, etc. ou s'appuie sur les meubles ; cela nécessite, le cas échéant, l'aide occasionnelle d'un tiers.

3. A absolument besoin de l'aide de tiers pour au moins un des transferts et/ou ses déplacements

Il existe deux possibilités:

a) Le patient n'est jamais capable de se lever du lit le matin et/ou de se coucher le soir sans l'aide de tiers (de la position couchée à la station debout ou vice versa), et/ou le patient n'est jamais capable de se mettre debout ou de s'asseoir sans l'aide de tiers (de la position assise à la station debout ou vice versa), et/ou le patient n'est jamais capable de s'asseoir ou de se coucher sans l'aide de tiers (de la position couchée à la position assise et vice versa) et/ou

b) Le patient a besoin de l'aide de tiers pour chaque déplacement

4. Est grabataire ou en chaise roulante et dépend entièrement des autres pour se déplacer

Le patient qui bénéficie d'une voiturette électronique remboursée et qui y séjourne la plus grande partie de la journée, tant pour les déplacements intérieurs qu'extérieurs, obtient un score 4. Il s'agit d'un patient qui présente des difficultés complètes, démontrées et définitives de déplacement. Il ne peut se tenir debout ou marcher. Un transfert autonome de la voiturette vers une chaise, le fauteuil ou le lit ou inversement est impossible sans l'aide d'une tierce personne.

Aller à la toilette :

Ce critère exprime tant l'utilisation des WC que celle de la chaise percée placée à proximité immédiate du patient.

Ce critère est chaque fois une combinaison de 3 items: se déplacer et s'habiller (baisser et relever le pantalon et éventuellement retirer et replacer du matériel d'incontinence) et s'essuyer.

1. Est capable d'aller seul à la toilette, de s'habiller et de s'essuyer

2. A besoin de l'aide partielle de tiers pour se rendre aux toilettes ou s'habiller ou s'essuyer

Le patient a besoin d'aide pour un des trois items: se déplacer ou s'habiller ou s'essuyer.

3. Doit être entièrement aidé pour se rendre aux toilettes et/ou s'habiller et/ou s'essuyer

Le patient a besoin d'aide pour deux des trois items: se déplacer et/ou s'habiller et/ou s'essuyer.

4. Doit être entièrement aidé pour se rendre aux toilettes/chaise percée et s'habiller et s'essuyer

Le patient a besoin d'aide pour les trois items: se déplacer et s'habiller et s'essuyer.

Contenance :

La modification pour le score « 2 » est d'application à partir du 1er janvier 2007 (la date d'entrée en vigueur de la modification de la nomenclature des soins infirmiers à domicile qui y est associée)

1. Est continent pour les urines et les selles

2. Est accidentellement incontinent pour les urines ou les selles (sonde vésicale ou anus artificiel compris)

Il existe trois possibilités:

a) Le patient présente occasionnellement, c'est-à-dire à des moments irréguliers du nycthémère, des pertes involontaires d'urine et/ou de fèces, comme une incontinence due au stress ou une incontinence d'effort. Une personne qui est exclusivement incontinente pour les urines pendant la nuit doit obtenir un score «2». Une personne qui est incontinente pour les urines pendant la nuit et occasionnellement incontinente pour les urines pendant la journée reçoit également un score "2", ou

b) Le patient porte un anus artificiel ou une urostomie ou une sonde à demeure, ou

c) Le patient réalise son autosondage

3. Est incontinent pour les urines (y compris exercices de miction) ou les selles

Il existe deux possibilités:

a) Le patient présente une perte involontaire d'urine ou de fèces de façon permanente ou le patient n'est continent que grâce à des exercices de miction (minimum 4 fois par jour une aide à la toilette individualisée avec mention dans le plan de soins, dans le dossier infirmier ou le dossier de soins) ou cathétérisation par un tiers, ou

b) Le patient présente en permanence un comportement inadapté lors de l'élimination de l'urine ou des fèces.

4. Est incontinent pour les urines et les selles

Il existe deux possibilités :

a) Le patient présente une perte involontaire d'urine et de fèces de façon permanente. Il est donc incontinent pour l'urine et les selles, ou

b) Le patient présente en permanence un comportement inadapté lors de l'élimination de l'urine et des fèces.

Manger :

1. Est capable de manger et de boire seul

Le patient est capable de manger et de boire de manière autonome

2. A besoin d'une aide préalable pour manger ou boire

Il existe deux possibilités:

a) Le patient a surtout besoin d'une aide préalable pour manger ou boire (par exemple tartiner, couper la viande, servir la boisson,...), ou

b)Le patient est autonome pour manger et boire s'il dispose de moyens d'aide adaptés ou de l'aide occasionnelle de tiers ou moyennant une stimulation et sans la nécessité d'une surveillance et/ou d'une présence continue.

3. A besoin d'une aide partielle pendant qu'il mange ou boit

Il existe deux possibilités:

a)Le patient a besoin de l'aide partielle de tiers au moins pendant tout le repas principal, ou

b)Le patient reçoit une stimulation (par exemple vocale) individualisée continue (une personne qui s'occupe de maximum 3 patients pour la prise du repas durant toute la durée de celui-ci) et une surveillance active continue lors de la prise de nourriture ou de boissons.

4. Le patient est totalement dépendant pour manger et boire

Pour manger, le patient est totalement dépendant de tiers ou d'une technique de nutrition (alimentation par sonde, alimentation entérale ou parentérale,...).

Grief 3 - Discussion des cas

Il apparaît que des prestations forfaitaires (FB) ont été portées en compte alors que l'état de dépendance de l'assurée ne correspond pas aux critères pour attester ce forfait.

L'assurée présentait un état de dépendance physique, correspondant à une T2 (toilette 2 fois par semaine), score de 3-3-1-1-1-1 à l'échelle d'évaluation.

Ont été retenues, selon les déclarations de l'assurée ainsi que les déclarations de Madame R., les prestations attestées les lundis et les vendredis, les autres jours étant déjà concernés par le grief 2.

Dans son audition du 19.07.2019, Madame S. déclare :

« (...) J'ai eu des soins infirmiers.

Je vous montre un dossier infirmier au nom de E.

-Descriptif de soins : toilette à l'évier dos - pieds. Se déplace seule

[...]

Quand ils venaient me laver, je voulais bien qu'ils lavent dos et pieds mais le reste je préférais le faire seule.(...) ».

« (...) Je fais mes repas moi-même. Je n'ai jamais été incontinente.

J'ai seulement mis des serviettes hygiéniques par sécurité.

Lors de la période post-opératoire suite à la fracture au pied droit j'ai reçu 80 injections de Clexane pour lesquelles les infirmiers sont venus une fois par jour.

Certainement qu'on m'a alors fait des toilettes mais pas complètes. Plutôt dos et pieds.(...) ».

Dans son audition du 23.09.2019, Madame R., infirmière, déclare :

« (...) Madame S., je pense que c'était une toilette 2 fois semaine. Je ne sais pas qui y allait. Je suis allée chez sa fille faire la toilette et des Clexane. Elle avait peut-être bien un pansement au genou. J'y suis allée encore quand elle retournée chez elle après au moins un mois ou deux chez sa fille après son agression et son hospitalisation mais par après plus.(...) ».

Dans son audition en date du 31.10.2019, Madame F., aide-soignante déclare :

« (...) C'est une ancienne patiente. Je faisais sa toilette dans la salle de bain. Cela fait un temps qu'on ne l'a plus. Je ne sais pas vous dire quand je l'ai prise en charge.(...) ».

Dans son audition du 05.03.2021, Monsieur A. déclare :

*« (...) Elle a eu : chutes à répétition, fracture col fémur et fracture cheville.
Son niveau d'autonomie était lié à ses chutes.
Selon les commentaires et la demande de la patiente, je ne pense pas qu'un T2 soit adéquat. J'estime que cette dame a besoin d'aide pour se laver. Moi, j'ai évalué son état de dépendance selon les dires de la patiente, selon mes observations et les observations, dont commentaires, des infirmières.
Quand elle allait mieux, j'ai changé son échelle de Katz.(...) ».*

Ce grief est établi.

VII. LA DEMANDE DE TITRE EXÉCUTOIRE

Le SECM introduit une demande de récupération en application des articles 143, §1er et 144, §2, 1° de la loi ASSI tendant à la condamnation de Monsieur A. à rembourser la valeur des prestations indues soit la somme de 17.966,65€.

Les griefs étant établis, il convient de faire droit à cette demande.

VIII. LES INTÉRÊTS

L'article 156, §1er alinéa 2 de la loi SSI (tel que modifié par l'article 26, 1°, 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 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 ».

IX. L'AMENDE ADMINISTRATIVE

Le SECM estime nécessaire de prononcer une amende administrative à charge de Monsieur A.

Les mesures prévues à l'article 142, §1^{er}, 1° et 2° de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 sont d'application, à savoir :

- pour les prestations non effectuées (grief n°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 ;

et,

- pour les prestations non conformes (griefs n°2 et 3), 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.

Le SECM estime nécessaire de prononcer une amende administrative à charge de Monsieur A.

La demande est motivée comme suit :

L'attestation de prestations non effectuées est l'infraction la plus grave qui puisse être constatée par le Service d'évaluation et de contrôle médicaux à l'encontre d'un dispensateur de soins car elle caractérise la rupture du lien de confiance entre l'INAMI, les organismes assureurs et le dispensateur de soins.

En attestant des prestations qui n'ont pas été réalisées, Monsieur A. a méconnu les obligations qui lui incombent en sa qualité de dispensateur de soins et n'a pas fait preuve de professionnalisme.

Compte tenu du nombre de prestations non effectuées attestées par Monsieur A. (2167 prestations), du caractère élevé de l'indu en cause (9.798,42 €), de la durée de la période infractionnelle (18 mois), de l'expérience de Monsieur A. (il est diplômé depuis 2001 et travaille dans les soins à domicile depuis 2010) et de la clarté de la nomenclature, Monsieur A. a clairement spolié les deniers de l'assurance soins de santé et donc de la collectivité, ce qui justifie l'application d'une sanction assez haute.

Il est donc justifié de prononcer à l'encontre de Monsieur A. :

- au titre du grief de prestations non effectuées une amende administrative de 200% du montant indu à rembourser (LC 14/07/1994, art. 142, §1er, 1°), soit 19.596,84 euros,

- au titre de prestations indûment attestées, une amende de 150 % du montant des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé (LC 14.07.1994, article 142, §1er, 2°), soit 12.252,34 euros.

Monsieur A. demande à la Chambre de :

- ne pas prononcer de sanction ;
- subsidiairement de la réduire à son minimum légal ;
- l'assortir d'un sursis.

Nous décidons :

- Quant au principe de l'amende :

Les griefs étant établis, l'amende administrative doit être prononcée.

En effet, l'article 142 de la loi ASSI mentionne « § 1er. 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 : »

Cet article n'accorde de pouvoir d'appréciation sur le principe de l'amende.

➤ Quant au montant de l'amende :

Le fonctionnaire dirigeant a infligé l'amende maximale.

Il convient de retenir que Monsieur A. a déjà fait l'objet de décisions antérieures pour des faits identiques.

Il ne peut donc se retrancher derrière son ignorance de la législation qui lui a été rappelée plusieurs fois.

C'est donc sciemment qu'il reproduit les mêmes comportements infractionnels.

Il convient donc de lui appliquer le montant maximal de l'amende, comme l'a fait le fonctionnaire-dirigeant, afin d'attirer son attention sur le nécessaire respect qu'il doit avoir à l'égard des dispositions légales.

➤ Quant au sursis :

Par décision du 12 mai 2021, la Chambre francophone a fait montre d'une grande mansuétude en réduisant drastiquement le montant de l'amende, parce que Monsieur A. avait fait l'effort de rembourser partiellement l'indu.

L'article 157 de la loi ASSI dispose

« § 1er. (Le Fonctionnaire-dirigeant, ou le fonctionnaire désigné par lui, la Chambre de première instance ou la Chambre de recours peut décider qu'il sera sursis, en tout ou en partie, à l'exécution des décisions infligeant les amendes visées à l'article 142.

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 ni aucun remboursement de prestations indues n'a été imposé à l'intéressé par une instance administrative ou juridictionnelle instituée au sein ou auprès de l'Institut. »

Monsieur A. ayant été condamné par la Chambre de Première Instance le 12.05.2021, soit depuis moins de 3 ans, aucun sursis ne peut être octroyé.

X. LA DEMANDE DE TERMES ET DELAIS

Enfin, à titre infiniment subsidiaire, Monsieur A. sollicite des termes et délais, les plus larges possibles.

Nous estimons ne pouvoir faire droit à cette demande qui n'est ni étayée par des documents probants, ni précisée quant à son quantum.

Rien n'interdit toutefois à Monsieur A. de négocier des termes et délais amiables avec les services concernés.

PAR CES MOTIFS

LA CHAMBRE DE PREMIERE INSTANCE,

Statuant contradictoirement à l'égard du SECM et de Monsieur A.

Déclare la demande du SECM recevable et entièrement fondée.

En conséquence,

- **Déclare** les griefs établis et ce faisant ;
- **Condamne** Monsieur A. à rembourser la valeur des prestations indues s'élevant à 17.966,65 euros ;
- **Condamne** Monsieur A. à payer une amende de 200 % du montant des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé (LC 14.07.1994, article 142,§1er, 1°), soit 19.596,84 euros ;
- **Condamne** Monsieur A. à payer une amende de 150 % du montant des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé (LC 14.07.1994, article 142,§1er, 2°), soit 12.252,34 euros ;
- **Dit** qu'à défaut de paiement des sommes dues dans les trente jours de la notification de la présente 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.

La présente décision est prise par la Chambre de première instance, composée de Madame Corinne GUIDET, Présidente, Docteurs Sophie CARLIER et Thibaut DUJARDIN, Madame Mylène DAUNNO et Monsieur Gaëtan MESTAG, membres, assistés de Madame Dominique HONVAULT, greffière.

Et prononcée à l'audience du 27 novembre 2023 par Madame Corinne GUIDET, Présidente, assistée de Madame Dominique HONVAULT, greffière.

Dominique HONVAULT
Greffière

Corinne GUIDET
Présidente