

**DECISION DE LA CHAMBRE DE RECOURS DU 10 JANVIER 2025**  
**Numéro de rôle FB-008-23**

**EN CAUSE DE :** **Monsieur A.**  
**Infirmier gradué et assimilé**  
**Et**  
**SRL B.**

Comparaissant en personne, assisté de Maître C., avocate ;

**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 D., médecin-inspecteur-directeur, et par  
Madame E., attachée.

**Exposé des faits – Antécédents :**

Monsieur A. est infirmier gradué diplômé en juin 1984. Il est inscrit en tant que praticien de l'art infirmier sous le n° INAMI ... et a adhéré à la convention le 1er juillet 1984.

Monsieur A. a travaillé en milieu hospitalier jusqu'en 2007.

En 2008, il s'installe en tant qu'infirmier indépendant à titre principal jusqu'en avril 2012.

Il est devenu gérant de la SRL B., inscrite sous le numéro ..., le 23 avril 2012. Le siège social est situé ...

En octobre 2014, le siège social sera transféré.

Le Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM) a mené une enquête relative aux prestations portées en compte, auprès des organismes assureurs, entre le 10/10/2012 et le 31/10/2013, par M. A. et la S.R.L. B. M. A. a été auditionné le 25/09/2014.

Le 13 mai 2014, un contrôle au siège social de la SPRL B. a été réalisé et une saisie de documents appartenant aux concluants (notamment les cahiers de coordination) a été pratiquée. Un constat de saisie a été dressé par l'INAMI.

Par courrier daté du 3 septembre 2014, le conseil de M. A. et de la S.R.L. B. a adressé un courrier à l'INAMI afin de contester la légalité de la saisie pratiquée.

Suite à ce courrier, l'INAMI a accepté de restituer les documents saisis.

Le 8 octobre 2014, un procès-verbal de constat daté du 7 octobre 2014 ainsi qu'un formulaire « d'invitation à remboursement volontaire » d'un montant de 24.192,36 € ont été adressés par l'INAMI à M. A. et à la S.R.L. B.

Cinq griefs étaient reprochés à l'appui de la réclamation de l'INAMI, à savoir :

1<sup>er</sup> grief : déclassement de FB en FA pour une assurée (Mme F.)/209 prestations/indu de 3.770,00 €

2<sup>ème</sup> grief : déclassement de FB en T7 pour une assurée (Mme G.)/61 prestations/indu de 1.656,56 €

3<sup>ème</sup> grief : déclassement de FB en T7 pour une assurée (Mme H.)/212 prestations/indu de 5.745,10 €

4<sup>ème</sup> grief : déclassement de FB et FA en T7 pour une assurée (Mme I.)/291 prestations/indu de 7.062,97 €

5<sup>ème</sup> grief : déclassement en FB en T7 pour un assuré (M. J.)/232 prestations/indu de 5.957,73 €.

Par lettre recommandée du 8 mai 2015, le SECM a demandé à M. A. et à la S.R.L. B. de faire parvenir leurs moyens de défense.

Les moyens de défense de M. A. et de la S.R.L. B. ont été reçus le 10 juillet 2015.

Par décision du **2 octobre 2015**, notifiée le 2 octobre 2015, le Fonctionnaire-dirigeant a :

- déclaré les griefs établis ;
- condamné solidairement M. A. et la S.R.L. B. à rembourser la valeur des prestations indues s'élevant à 24.192,36 euros ;
- infligé à M. A. une amende administrative fixée à 100% du montant des prestations litigieuses, assortie d'un sursis de trois ans pour 50% du montant des prestations litigieuses (indu : 24.192,36 euros), soit une amende effective de 12.096,18 euros ;
- dit que les sommes relatives aux prestations indûment attestées, dont M. A. et la S.P.R.L. B. sont redevables et les sommes réclamées à titre d'amende administrative, dont M. A. est redevable, doivent être payées dans les trente jours de la notification de la décision du Fonctionnaire-dirigeant. A défaut de paiement dans ce délai, les sommes restant dues produiront, de plein droit, des intérêts au taux légal en matière sociale, tel que prévu par l'article 2, § 3 de la loi du 5 mai 1865 relative au prêt à intérêt, à compter de l'expiration de ce délai (article 156, §1<sup>er</sup>, al 2 de la loi ASSI coordonnée).

M. A. et la S.R.L. B. n'ont pas procédé au remboursement de l'indu.

Le **3 novembre 2015**, M. A. et la S.R.L. B. ont introduit un recours devant la Chambre de première instance contre la décision du Fonctionnaire-dirigeant notifiée le 2 octobre 2015 et sollicitaient :

- de dire le recours recevable et fondé ;
- d'annuler ou à tout le moins réformer la décision prise le 2 octobre 2015 par le fonctionnaire-dirigeant du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, en ce compris l'amende prononcée à titre de sanction administrative ;
- dire pour droit que les forfaits B appliqués par les requérants étaient conformes à l'état de santé et de dépendance de ses patients.

Parallèlement, la police locale de ... a contacté le SECM (service provincial de ...) et a transmis un courrier du 1<sup>er</sup> décembre 2015 de M. K., juge d'instruction au Tribunal de première instance de ... Le SECM a ainsi appris qu'une procédure pénale était ouverte à l'égard de M. A.

Dans son courrier du 1<sup>er</sup> décembre 2015, M. le Juge d'instruction K. demande à M. L., de la police locale de ..., de vérifier auprès de l'INAMI, la situation de M. A. et de se faire remettre et saisir tout document utile.

Le 28 janvier 2016, le SECM a envoyé un courrier à M. K., juge d'instruction, et au Parquet du Procureur du Roi. Dans cette lettre, le SECM mentionne la teneur de la décision du Fonctionnaire-dirigeant du 2 octobre 2015 et signale qu'il demande à la Chambre de première instance de surseoir à statuer en attendant l'issue de la procédure pénale.

La procédure pénale concerne des faits s'étalant du 1<sup>er</sup> juin 2012 au 30 novembre 2015 et la présente procédure porte sur des faits du 2 août 2012 au 30 septembre 2013.

Par téléphone et mail du 28 octobre 2022, le SECM a interrogé le greffe pénal sur l'état d'avancement du dossier. Ayant appris par celui-ci qu'un arrêt avait été rendu par la Cour d'appel de ..., le SECM a demandé copie de cet arrêt par courriels des 28 octobre 2022, 18 novembre 2022 et 1<sup>er</sup> décembre 2022 et a reçu copie de l'arrêt de la Cour d'appel du 10 juin 2021 par courrier du 1<sup>er</sup> décembre 2022.

Le 10 juin 2021, la Cour d'appel a rendu un arrêt définitif sur les aspects pénaux du dossier et a réservé à statuer sur le plan civil, tout en accordant une provision de 20.000 € pour les organismes assureurs qui se sont constitués parties civiles (voir copie de cet arrêt, particulièrement les pages 12 à 17 et 21 à 22 en annexe).

Cet arrêt décide que :

*« Cette fraude se serait matérialisée par des déclarations de soins transmises à l'INAMI qui portent soit sur des prestations de soins qui n'auraient pas du tout été réalisées ou n'auraient pas été réalisées par A. (prévention A1) soit sur des prestations accomplies par des aides-soignants alors que ceux-ci ne pouvaient les effectuer ou qu'ils ne pouvaient les effectuer sans la présence à leur côté d'un infirmier diplômé (prévention A2). En parallèle, toujours dans le but d'obtenir un avantage social auquel il n'avait pas droit, les prévenus auraient établi de fausses factures de soins adressées à l'INAMI (prévention B1) et de fausses factures mentionnant que les soins avaient été effectués par un infirmier diplômé alors que ces soins ont été prodigués par un aide-soignant (prévention B2).*

(...)

*Par conséquent, c'est à bon droit que le premier juge a déclaré établies les préventions A1, A2, B1 et B2 telles qu'elles sont libellées à la citation.*

(...)

*La cour estime que l'ensemble des préventions demeurrées établies à charge des prévenus sont unies par une même intention délictueuse, dès lors qu'elles s'inscrivent dans un même contexte de contrôles de la correcte application de la législation sociale et du droit des sociétés, et qu'elles doivent, par conséquent, donner lieu à l'application d'une seule peine, à savoir la plus forte.*

*S'il est exact que l'AR n° 78 du 10 novembre 1967 précise la fonction d'aide-soignant et que l'AR du 12 janvier 2006 fixe les activités infirmières qui peuvent être effectuées par des aides-soignants, les déclarations concordantes de l'écrasante majorité des aides-soignantes entendues ne laissent place au moindre doute sur le fait qu'elles accomplissaient seule des actes infirmiers qu'elles ne pouvaient poser.*

(...)

*À ce propos, la cour estime qu'il importe que les parties puissent s'expliquer sur le constat fait par la Cour de cassation qui retient que le dommage n'est pas limité au dommage propre des organismes assureurs, mais concerne également le dommage résultant des décaissements des montants correspondant à des prestations payées indûment et supportées par le régime de l'assurance qui a fourni les ressources affectées à ces prestations. Dans ces circonstances, et dans l'attente d'un détail plus précis de leur dommage sur la base de documents probants, il y aura lieu de retenir une somme provisionnelle de 20.000 euros que les parties civiles qui sont représentées par le même conseil se répartiront au prorata des demandes qu'elles formulent en termes de conclusions. Il sera réservé à statuer sur le surplus en ce compris sur le montant des indemnités de procédure.*

(...)

*Dit les actions civiles diligentées par les mutualités ANMC, UNMN, UNMS, UNM Libérales, UNM Libres, CAAMI, CSS-HR Rail contre A. et la SPRL B. recevables.*

*Condamne solidairement A. et la SPRL B. au paiement au profit des mutualités ANMC, UNMN, UNMS, UNM Libérales, UNM Libres, CAAMI, CSSHR Rail de la somme provisionnelle de 20.000 euros et réserve à statuer sur le surplus comme il est dit dans les motifs. »*

Les parties appelantes ont déposé des conclusions en réplique additionnelles le 28 mars 2023 reçues par mail au greffe de la Chambre de première instance le 29 mars 2023 et notifiées par mail le 29 mars 2023 au SECM.

L'audience du 30 mars 2023 a été remise au 21 septembre 2023.

Le 9 mai 2023, le SECM a déposé des conclusions additionnelles en réplique.

Le 16 juin 2023, les parties requérantes ont déposé des conclusions additionnelles et de synthèse.

Le **28 novembre 2023**, la Chambre de première instance a confirmé la décision du 2 octobre 2015 rendue par le Fonctionnaire-dirigeant.

Par requête d'appel du **26 décembre 2023**, Monsieur A. et la SRL B. ont introduit un recours à l'encontre de cette décision dont ils contestent tant le principe que les motifs.

L'appel, régulier dans la forme et dans le temps est recevable, sa recevabilité n'étant d'ailleurs pas contestée.

La SRL B. a été déclarée en faillite par jugement du tribunal de l'entreprise de ... division ... du 11 juillet 2024 et Mes M. et N. désignés curateurs.

Ces derniers ont déposé un acte de reprise d'instance le 2 décembre 2024.

En application de l'article XX.119 du Code de droit économique (ancien article 63bis de la loi du 08.08.1997 sur les faillites), toutes les procédures intéressant la masse dans lesquelles le failli est impliqué et qui sont pendantes à la date de la faillite sont suspendues de plein droit jusqu'à ce que la déclaration de la créance ait eu lieu. Elles restent suspendues jusqu'après l'enregistrement du premier procès-verbal de vérification, sauf si le curateur reprend les procédures dans l'intérêt de la masse.

Le curateur, représentant légal du failli et de l'ensemble des créanciers de la masse, est donc le seul à avoir la qualité pour intenter un procès ou exercer une voie de recours, après le jugement déclaratif de la faillite.

De même, il sera en principe le seul à pouvoir poursuivre les procès en cours qui ont été intentés par ou contre le failli, avant le jugement déclaratif de la faillite.

Il est à cet égard admis que toutes les procédures en cours doivent être « *poursuivies* » par le curateur. Ce dernier ne doit toutefois pas formellement « *intervenir* » au débat : la tâche de « *représenter* » le failli lui incombe de droit et de manière automatique sans qu'un acte de reprise d'instance ne soit nécessaire dans son chef.

En cas de faillite d'une société, il n'y a en effet pas de changement d'état au sens de au sens de l'article 815 du Code judiciaire de sorte qu'il n'appartient pas au curateur de reprendre l'instance (Fettweis, Manuel de procédure civile, n° 661, p. 453).

## **DISCUSSION :**

### **A) Procédure :**

#### **A.1) Délai raisonnable :**

M. A. et la SRL B. en faillite invoquent la violation du principe général du délai raisonnable.

Il faut toutefois se garder de confondre le principe de bonne administration qui impose aux autorités administratives d'agir dans un délai raisonnable et le principe général de droit tiré notamment de l'article 6.1 de la Convention de sauvegarde des Droits de l'homme et des libertés fondamentales, selon lequel toute personne a droit à ce que sa cause soit entendue équitablement, publiquement et dans un délai raisonnable par un tribunal indépendant et impartial établi par la loi qui décidera, soit des contestations sur ses droits et obligations de caractère civil soit du bien fondé de toute accusation en matière pénale dirigée contre elle.

Le principe de bonne administration susmentionné s'impose aux autorités administratives telles que le SECM et non pas aux juridictions administratives telles que la Chambre de 1<sup>ère</sup> instance ou la Chambre de recours.

Inversement il incombe auxdites juridictions de statuer endéans un délai raisonnable.

Le principe selon lequel il appartient à l'administration de se prononcer dans un délai raisonnable sous peine d'être incompétente *ratione temporis* ne s'applique qu'au SECM et non pas à la Chambre de 1<sup>ère</sup> instance ou à la Chambre recours (CPI, décision du 22.02.2019 – FA-001-18).

Selon les appelants, le SECM n'aurait pas respecté le principe de bonne administration susvisé.

Le principe général de droit administratif du respect du délai raisonnable n'est « mobilisable » que subsidiairement à une intervention législative ou réglementaire fixant un délai de rigueur.

Par conséquent lorsqu'une norme écrite fixe un tel délai, peu importe de s'interroger sur la valeur du principe général de droit dans la hiérarchie des normes, son application est tout simplement écartée (CPI, décision du 08.12.2017, n° FA-014-16 ; E. GOURDIN et M. KAISER, « Le principe général de droit administratif du respect du délai raisonnable », in S. BEN MESSAOUD et F. VISEUR, Les principes généraux de droit administratif Actualités et applications pratiques, Bruxelles, Larcier, 2017, p. 623).

En l'espèce, l'article 142 §3, 2° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, prévoit un délai de 2 ans entre la date du procès-verbal de constat et l'invitation à communiquer les moyens de défense visée à l'article 143 §2, al.3, délai parfaitement respecté en l'espèce, le procès-verbal de constat ayant été établi le 07.10.2014 et l'invitation ayant été adressée le 08.05.2015.

Il convient dans un second temps d'examiner s'il y a eu en l'espèce violation du droit à être jugé endéans un délai raisonnable tel que visé à l'article 6.1 de la Convention européenne des droits de l'homme.

A cet égard il convient de rappeler que les principes issus de la jurisprudence relative au dépassement du délai raisonnable spécifiquement en matière pénale ne sont pas applicables en ce qui concerne les points relatifs à la rectification des cotations et à la récupération, c'est-à-dire à l'action en répétition d'indu. Tout au plus seraient-ils applicables en ce qui concerne les sanctions administratives.

Le point de départ dudit délai est le moment où l'intéressé est tenu de prendre des mesures pour assurer la défense de ses intérêts.

Le caractère raisonnable de la durée d'une procédure s'apprécie selon les circonstances de la cause et eu égard aux critères consacrés par la Cour européenne de l'homme, à savoir la complexité de l'affaire, le comportement du requérant et celui des autorités compétentes ainsi que l'enjeu du litige pour les intéressés.

En l'espèce, il y a lieu de considérer que le délai raisonnable a commencé à courir au jour de l'introduction du recours formé le 03.11.2015 par Monsieur A. et la SRL B. à l'encontre de la décision du Fonctionnaire-dirigeant du 02.10.2015.

Il s'est écoulé plus de 8 ans entre cette date et la décision du 28.11.2023.

La longueur de la procédure s'explique par le fait qu'elle a été tenue en suspens en raison d'une procédure pénale à l'encontre de Monsieur A., en vertu du principe selon lequel « le criminel tient le civil en état » repris à l'article 4 du Code d'instruction criminelle lequel impose de surseoir à statuer lorsqu'une action publique en cours conditionne l'issue d'un litige civil.

Ce principe n'est cependant applicable que pour autant que l'action criminelle et l'action civile naissent du même fait et que la première soit de nature à influencer la solution de la seconde.

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

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

Il convient d'examiner si c'est le cas en l'espèce.

Fin de l'année 2015, les services de police ont transmis à l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité un courrier de Monsieur le Juge d'Instruction K. (...) sollicitant des renseignements et la saisie de documents, dans le cadre d'une procédure pénale du chef d'infractions pénales à la loi ASSI, portant sur le même période que celle visée par l'enquête administrative.

Le SECM a alors demandé à la CPI de surseoir à statuer en attendant l'issue de la procédure pénale.

Monsieur A. déclare que la demande du SECM n'était pas justifiée car il s'agissait de faits différents, sans influence sur la présente procédure. Il l'aurait dit dans ses premières conclusions.

Dans ses premières conclusions déposées devant la CPI, Monsieur A. s'insurge que le SECM soit informé d'une instruction pénale, par principe secrète et précise que celle-ci serait sans incidence sur la procédure.

Par arrêt du 10 juin 2021 de la Cour d'appel de ... statuant en appel d'un jugement du tribunal correctionnel du 24 juin 2019, Monsieur A. fut reconnu coupable de diverses infractions situées entre le 01.06.2012 et le 30.11.2015 pour avoir notamment attesté de soins qui n'avaient pas été prodigués, ou pas prodigués par lui, pour avoir permis à des aides-soignants de prodiguer des soins réservés à des infirmiers, pour avoir établi de fausses factures à l'attention de l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité pour des soins non prodigués ou prodigués par une personne non autorisée à le faire, abus de faiblesse des personnes vulnérables, abus de confiance et abus de biens sociaux.

Dans son arrêt, la Cour retient « un mécanisme de fraude sociale au préjudice de l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité ».

Les infractions reprochées ne sont cependant pas identiques à celles visées dans les différents griefs retenus même si elles participent au même mécanisme.

Il s'ensuit que c'est à tort que cet adage a été invoqué par le SECM et qu'en réalité la procédure pénale mue devant les juridictions de l'ordre judiciaire n'a eu aucune incidence sur la présente procédure et sur l'évaluation du caractère raisonnable de la procédure, lequel a par conséquent bien été dépassé.

Il ne peut être reproché à Monsieur A. de ne pas avoir fait refixer la cause, cette possibilité n'existait d'ailleurs pas dans son chef.

Dans une société démocratique, le fait de maintenir une personne dans l'incertitude, l'inquiétude et l'angoisse, dans l'ignorance de ce qu'il adviendra avec les souffrances qui en résultent pour lui constitue une violation du droit qui lui est garanti par l'article 6 CDEH.

Le dépassement du délai raisonnable entraîne l'obligation de réparer de manière adéquate les conséquences de ce dépassement.

En matière pénale, il a été admis qu'une décision d'acquiescement ou de réduction de la peine infligée pouvait constituer une forme de réparation appropriée. Ce qui ne signifie pas que d'autres sanctions ne puissent être envisagées, loin de là. Une décision d'irrecevabilité des poursuites ou même un abandon des poursuites décidé par le parquet constituent également des sanctions adéquates.

En l'espèce, il convient de sanctionner ce dépassement du délai raisonnable en s'abstenant d'infliger une amende aux appelants et en réformant à cet égard la décision prise par le Fonctionnaire-dirigeant.

Par contre, comme relevé ci-dessus, le dépassement du délai raisonnable ne saurait avoir d'incidence sur l'action en répétition d'indu mue par le SECM.

## A.2) Moyens relatifs à la motivation :

Monsieur A. estime que la motivation de la décision du Fonctionnaire-dirigeant est lacunaire dans la mesure où le SECM ne répond pas à tous les arguments développés et aux pièces produites dans le cadre de l'instruction de la procédure.

### A.2.1) Motivation formelle des actes administratifs – Principes :

Les appelants soutiennent que la décision du fonctionnaire-dirigeant ne rencontrerait pas l'obligation de motivation formelle des actes administratifs prévue dans la loi du 29 juillet 1991.

Les articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs disposent que les actes administratifs des autorités administratives visées à l'article premier doivent faire l'objet d'une motivation formelle.

La motivation exigée par la loi susdite consiste en l'indication dans l'acte des considérations de droit et de fait servant de fondement à la décision.

Elle doit être adéquate et revêtir les caractères suivants : d'une part, une référence aux faits, d'autre part, la mention des règles juridiques appliquées et, enfin, comment et pourquoi ces règles juridiques conduisent à partir des faits mentionnés à prendre cette décision.

La base juridique d'une décision forme le motif de droit de celle-ci ; ce fondement juridique peut être un texte normatif, un principe général de droit, un acte administratif individuel ou même une décision juridictionnelle.

Les circonstances concrètes qui sont à l'origine de la décision forment les motifs de fait de celle-ci.

A la différence du juge qui, en vertu de l'article 780 du Code judiciaire, doit répondre aux moyens développés par les parties, l'administration ne doit cependant pas répondre systématiquement à toutes les objections et argumentations émises au cours de l'instruction d'un dossier (Conseil d'Etat, n° 64.753, 25 février 1997, [www.raadvstconsetat.be](http://www.raadvstconsetat.be)).

Il faut en effet distinguer l'obligation de motivation prévue à l'article 149 de la Constitution, qui s'impose au juge de l'obligation de motivation formelle au sens de la loi du 29.07.1991.



L'obligation de motivation formelle n'emporte pas une obligation d'exposer les motifs des motifs:

"*Considérant que l'obligation de motiver en la forme les actes administratifs impose d'indiquer dans l'instrumentum de l'acte ou dans un document qui fait corps avec lui, les motifs qui ont déterminé l'autorité à prendre sa décision, mais n'oblige nullement l'autorité ni à indiquer les raisons qui l'ont amenée à privilégier ces motifs-là, ni à indiquer celles pour lesquelles elle rejette des arguments en sens opposé qui ont été invoqués au cours de la procédure administrative*" (Conseil d'Etat, n° 82.584, 30 septembre 1999, [www.raadvst-consetat.be](http://www.raadvst-consetat.be)).

Sauf disposition contraire, l'administration ne doit pas réfuter chaque objection, il suffit qu'elle indique les motifs déterminants de la décision, que cela vaut également lorsque la décision ne peut être prise qu'après que l'intéressé ait eu la possibilité de développer ses arguments, que ces arguments ne doivent pas être traités un par un et in extenso dans la décision (OPDEBEEK et COOLSAET, *Formele motivering van bestuurshandelingen*, Die Keure, 1999, page 198).

L'Administration satisfait au devoir de motivation dès lors qu'il peut être déduit au moins implicitement des arguments avancés dans la décision pourquoi ces arguments n'ont pas été généralement acceptés. À l'inverse d'un organe juridictionnel, l'administration n'est pas tenue de donner une réponse aux différents arguments juridiques et de fait de la partie intéressée, de sorte qu'il ne faut pas répondre systématiquement aux différents arguments avancés dans un acte de recours (*CE, arrêt n° 181.379, 20 mars 2008, Bulletin d'information Inami 2008/2, p. 215*).

#### A.2.2) Motivation – Application au cas d'espèce :

En l'espèce la décision du Fonctionnaire-dirigeant est suffisamment motivée en droit et en fait dès lors qu'il précise que sa décision se fonde sur le déclassement de divers assurés sociaux pour divers motifs qu'il énumère.

Il n'appartenait pas à ce dernier de répondre à chacun des arguments développés par Monsieur A.

C'est également en vain que ce dernier invoque une violation du principe du contradictoire, dit aussi *audi alteram partem*.

Il suffit à cet égard de constater que par lettre recommandée du 8 mai 2015, le SECM a demandé à M. A. et à la S.R.L. B. de faire parvenir leurs moyens de défense, lesquels ont été reçus par l'administration le 10 juillet 2015.

Ce moyen est donc non fondé.

#### A.3) Illégalité de la saisie à l'origine de l'enquête :

M. A. expose que la saisie des documents infirmiers et de copies de grille de travail et de statistique de salaires de l'UCM était illégale dès lors que l'arrondissement judiciaire compétent ne figurait pas dans les mentions du constat écrit de saisie.

L'article 53 du Code pénal social stipule en effet :

L'article 53 du code pénal social dispose des mentions que doit contenir le PV de saisie.

« § 3. L'écrit visé au § 1er doit au moins mentionner :

1° la date et l'heure auxquelles les mesures sont prises;

2° l'identité des inspecteurs sociaux, la qualité en laquelle ils interviennent et l'administration dont ils relèvent;

3° les mesures prises;

4° la reproduction du texte des articles 209 et 210;

5° les voies de recours contre les mesures, l'arrondissement judiciaire compétent ainsi que la reproduction du texte de l'article 2 de la loi du 2 juin 2010 comportant des dispositions de droit pénal social;

6° l'autorité qui doit être citée en cas de recours. »

En l'espèce, l'arrondissement judiciaire n'était pas mentionné dans le constat de saisie.

Le SECM ne conteste pas que ce dernier est par conséquent illégal.

Les parties appelantes estiment que l'enquête du SECM étant viciée (illégalité de la saisie à l'origine de l'enquête), les constats devraient être écartés et la décision du Fonctionnaire-dirigeant doit être annulée ou réformée.

Les dossiers infirmiers originaux ont cependant été restitués à M. A. Seules figurent, pour information, au dossier des copies de ces dossiers infirmiers remis par M. A. Ces copies des dossiers infirmiers n'ont pas été exploitées par les enquêteurs et n'ont motivé aucun grief.

Les griefs reprochés sont en effet essentiellement fondés sur les auditions des assurés, de personnes de leur entourage (médecin traitant, infirmières, famille) et les déclarations d'anciennes collaboratrices de M. A.

#### A.4) Légalité du procès-verbal de constat

C'est à tort que les parties appelantes soutiennent que le procès-verbal de constat serait nul puisqu'il ne mentionnerait pas la disposition légale en vertu de laquelle le fonctionnaire verbalisant est compétent pour agir. En effet, cette base légale, soit l'article 169 de la loi SSI, est mentionnée à la dernière page du procès-verbal de constat. Cette disposition mentionne :

« Les infractions aux dispositions de la présente loi, à ses arrêtés et règlements d'exécution, (loi, à ses arrêtés et règlements d'exécution et aux conventions et accords pris en vertu de cette même loi) sont recherchées et constatées conformément au Code pénal social.

Les inspecteurs sociaux, visés à l'article 16, 1°, du Code pénal social, disposent des pouvoirs visés aux articles 23 à 39 du Code pénal social lorsqu'ils agissent d'initiative ou sur demande dans le cadre de leur mission d'information, de conseil et de surveillance relative au respect des dispositions de la présente loi, de ses arrêtés et règlements d'exécution, des conventions et accords pris en vertu de cette même loi.

Les infractions sont sanctionnées conformément au Code pénal social, à l'exception des infractions à charge des dispensateurs de soins et des personnes assimilées définis à l'article 2, n), visées et poursuivies conformément aux articles 73, 73bis, 138 à 140, 142 à 146bis, 150, 156, 157, 164 et 174. ».

#### A.5) Possibilité de dresser des constats de manière rétroactive

C'est également à tort que les parties appelantes soutiennent qu'il serait impossible de dresser des constats de manière rétroactive.

L'article 142, § 2, alinéas 1 et 2 de la loi SSI est en effet rédigé comme suit :

*« Les éléments matériels de l'infraction visée à l'article 73bis, sont constatés par les inspecteurs sociaux visés à l'article 146 dans un procès-verbal établi conformément à l'article 64 du Code pénal social.*

*A peine de nullité, ces constatations doivent intervenir dans les deux ans :*

*a) à compter du jour où les documents relatifs aux faits litigieux sont reçus par les organismes assureurs; ».*

Cet article a été parfaitement respecté en l'espèce.

Ce moyen est donc non fondé.

#### A.6) Subjectivité du système :

L'octroi de forfaits de hauteurs différentes est déterminé par le degré de dépendance du sujet.

Ce dernier est évalué en s'appuyant sur des critères fixés par l'échelle d'autonomie (échelle de KATZ). Lorsqu'ils ne sont pas rencontrés, on se trouve bien face à une infraction réglementaire qui justifie l'établissement d'un procès-verbal de constat.

L'utilisation de l'échelle de KATZ tend justement à restreindre la part de subjectivité de l'évaluateur.

Les directives établies par l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité sont identiques pour tous les prestataires, ce qui réduit la part de subjectivité dans l'évaluation, sans pour autant la supprimer.

Il est donc normal qu'il puisse y avoir des appréciations différentes pour autant qu'elles soient justifiées de manière non équivoque et que les degrés de dépendance retenus ne le soient pas de manière arbitraire.

### **B) Eléments matériels constitutifs de l'infraction - remboursement de l'indu :**

#### B.1) Principes :

En application de l'article 142 §1, 2° de la loi coordonnée le 14.07.1994 (pour les faits commis à partir du 15.05.2007), 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.

Il suffit que les éléments matériels constitutifs d'une infraction "réalité" ou "conformité" basée sur l'article 73bis de la loi coordonnée le 14.07.1994 soient établis pour entraîner une obligation de remboursement de l'indu sans qu'aucun élément moral ne soit requis.

L'existence d'une éventuelle cause de justification (contrainte, erreur, force majeure, etc.) ne fait pas disparaître l'obligation de remboursement de l'indu et ne peut avoir d'incidence, le cas échéant, que par rapport à une éventuelle amende administrative.

Lorsque des prestations sont portées en compte de l'assurance soins de santé en violation de l'arrêté royal du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, un remboursement de la valeur des prestations s'impose d'autant plus que les conditions d'intervention de l'assurance soins de santé sont d'ordre public et d'interprétation stricte.

Par ailleurs lorsque les prestations ont été perçues pour son propre compte par une personne physique ou morale, celle-ci est tenue solidairement au remboursement avec le dispensateur de soins en vertu de l'article 164 al2 de la loi coordonnée du 14.07.1994.

Le Conseil d'Etat a rappelé qu'il n'appartenait pas au prestataire de soins, fût-ce sous couvert d'interprétation téléologique, de modifier la nomenclature, de telles modifications ne pouvant être apportées que par les autorités compétentes et selon les procédures prévues par les dispositions législatives et réglementaires ayant pareil objet (C.E., arrêt n° 130.202 du 9 avril 2004, inédit).

Le non-respect de la nomenclature des prestations de soins de santé contraint dès lors le prestataire de soins à rembourser le montant des prestations indûment portées en compte de l'assurance soins de santé.

#### B.2) Infractions – Normes applicables :

L'article 73bis de la loi ASSI dispose que :

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

*1° de rédiger, faire rédiger, délivrer ou faire délivrer des documents réglementaires permettant le remboursement des prestations de santé lorsque les prestations n'ont pas été effectuées ou fournies ou lorsqu'elles ont été effectuées ou fournies durant une période d'interdiction temporaire ou définitive d'exercice de la profession ;*

*2° de rédiger, faire rédiger, délivrer ou faire délivrer les documents réglementaires précités lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans la présente loi, dans ses arrêtés et règlements d'exécution, dans les conventions et accords conclus en vertu de cette même loi et/ou lorsque des prestations visées à l'article 34 ont été prescrites durant une période d'interdiction temporaire ou définitive d'exercice de la profession ;*

(...)

*Les documents réglementaires précités visent aussi bien les documents papier que les documents en version électronique conformément à l'article 9bis. »*

Les prestations en cause ont trait aux honoraires forfaitaires A ou B ou T7.

Il est reproché à Monsieur A. d'avoir « surclassé » différents patients.

Ce surclassement vise le critère continence/incontinence visés dans ses «Directives pour l'utilisation de l'échelle d'évaluation d'application à partir du 1er avril 2011» :

« Continence

*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. »*

B.3) Application au cas d'espèce :

**Grief 1 – Madame F. ( période du 01.03.2013 au 30.09.2013)**

Ce grief vise le déclassement de forfait B en forfait A (article 8 § 1 et § 5 N.P.S.). Il concerne 209 prestations et a généré un indu de 3.770 euros.

□ Selon la Nomenclature des prestations de santé (ci-après NPS) on distingue :

**425294** Honoraires forfaitaires, dits forfait B, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire en semaine 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**

**425692** Honoraires forfaitaires, dits forfait B, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire le week-end 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**

**425272** Honoraires forfaitaires, dits forfait A, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire en semaine 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) **W 3,825**

**425670** Honoraires forfaitaires, dits forfait A, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire, le week-end 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) **W 5,71**

□ Application au cas d'espèce :

Lors de son audition le 6 janvier 2014, Madame F. déclara :

*“...J'ai des soins infirmiers depuis début 2012, je pense...  
Ils sont plusieurs : une dame le matin (O., plus pour le moment) P. le soir – Pour le moment Q. (africaine) ou R...  
Je me lave bien le dessus sauf le dos et les pieds...”*

*On me met le soutien, la jupe  
Je me déplace avec ma tribune ; en voiturette quand je sors...  
Pour sortir du lit, je soulève mes jambes, je me tiens au gadot et avance doucement...  
Je n'ai pas de problèmes d'incontinence. Je me lève comme je peux la nuit.  
Pour manger, j'ai une amie qui vient couper la viande..."*

En date 03/03/2014, Madame S., aide-soignante du 1<sup>er</sup> juillet au 31 août 2013, déclare :

« ...  
*Madame F., elle se lavait le visage et les parties intimes. Je lavais le reste, je l'aidais à s'habiller et je lui mettais ses bas de contention. Je n'y suis jamais allée que le matin, je pense.*  
... » .

Selon le Dr T. il y a chez Madame F. un problème de mobilité qui a pour conséquence des soucis d'incontinence.

Mais :

« ...  
*Elle marche toujours mais il lui faut plusieurs minutes pour se mettre debout et se déplacer. Il ne s'agit pas d'une incontinence neurologique. Son état s'aggrave progressivement. L'état de Madame F., en janvier 2014, lors de son audition était meilleur qu'actuellement. Elle vient d'être hospitalisée pour décompensation cardiaque... »*

Monsieur U. déclare quant à lui qu'il faisait une toilette complète avec change, deux fois par jour. Madame F. était, selon ses dires incontinente selles et urines.

Dans son audition du 19 novembre 2014, Madame V. déclare que Madame F. se déplaçait mais difficilement, avec son gadot, même pour aller aux toilettes.

Monsieur A. déclara pour sa part :

« ...*Mme F. : elle a beaucoup d'arthrose, a fait plusieurs chutes. Elle est incontinente, se déplace avec un gadot. Elle est très variable dans son état : certains jours elle est bien, certains jours elle va moins bien. Un contrôle de la mutuelle a confirmé le forfait A il y a environ 1 mois. Vous me donnez sa déclaration à lire. Je reconnais qu'elle va mieux, mais à l'époque elle était en forfait B, évaluation faite en équipe...* »

Dans leur courrier du 21 octobre 2014 (doc -0342), les conseils de Monsieur A. insistaient sur la pudeur des patients qui refusent de reconnaître leur incontinence et font état des déclarations de Monsieur U. et de Madame V., (voir ci-dessus), de Madame W., aide-soignante et du Dr T. Le SECM retient le déclassement du FB en FA du 1<sup>er</sup> mars 2013 au 30 septembre 2013.

L'OA retient la cotation 4-4-3-2-2-2 et le Docteur T. 3-3-3-3-3-1.

La cotation de 4 (toilette) et 4 (habillage) est justifiée car Madame F. a besoin d'une aide complète pour ces 2 critères (voir les déclarations des infirmiers).

Il convient d'examiner si Madame F. était incontinente ou si elle connaissait seulement des accidents de continence due à sa lenteur à se déplacer.

Selon le Dr T., Madame F. ne souffrait pas d'une incontinence neurologique et donc, les couches de protection sont mises par prudence et non par nécessité.

Cette assertion n'est pas incompatible avec les déclarations des infirmiers. Le fait de faire les toilettes et assurer les changes ne justifient pas la nécessité de ceux-ci. Les attestations médicales déposées font également état d'une aggravation de son état de santé et ne valent donc pas pour le passé.

Dans ce cas, seule la cotation de 2 doit être retenue.

Le déclassement est justifié.

Ce grief est établi.

## **Grief 2 – Madame G. (02.08.2013 au 30.09.2013)**

Selon le SECM, il y a lieu à déclassement de FB en T7 (article 8 § 1 et § 5 N.P.S.).

Ce grief concerne 61 prestations et a généré un indu de 1.656,56 euros.

Pour Monsieur A., se basant sur l'échelle de Katz contresignée par le Dr T., il y a lieu de retenir les cotations 3-3-3-3-1.

Pour le Dr X., consécutivement à une hospitalisation début juillet 2013, il s'agit d'un T7.

Selon la Nomenclature des prestations de santé (ci-après NPS) :

**425014** Première prestation de base de la journée de soins. Prestations effectuées au cours d'une séance de soins infirmiers au domicile ou à la résidence du bénéficiaire en semaine. W 0,879

**425110** Soins d'hygiène (toilettes). Prestations effectuées au cours d'une séance de soins infirmiers au domicile ou à la résidence du bénéficiaire en semaine. W 1,167

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

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

Dans ce cas-ci c'est également le problème de continence-incontinence qui est en question.

Le rapport du Dr X. mentionne que Madame G. était continente.

Lors de son audition le 23 février 2015, le Dr T. confirme qu'il s'agissait d'une incontinence urinaire occasionnelle due à un problème de locomotion.

Il ajoute :



« « ...Vous me soumettez la lettre que j'ai fournie à Monsieur A., cas G.

*Il s'agit d'un justificatif à la demande de Monsieur A. : Annexe 1, 1 page.*

*Vous me montrez l'échelle de Katz que j'ai complétée lors de ma première audition le 08/01/14 : Annexe 2, 1 page.*

*Vous me faites remarquer la cotation de 2 à l'item continence. Je n'ai pas mentionné sur le justificatif le fait de l'incontinence occasionnelle de Madame G. Il s'agit bien d'une incontinence occasionnelle plutôt par manque de mobilité. Ce n'est pas neurologique.*

*Quand j'écris le justificatif, je confirme l'échelle établie lors de ma première audition du 08/01/14.*

*L'échelle de Katz complétée par Monsieur A. rentrée à la mutuelle le 03/01/2013 et signée par moi-même ne reflète pas la réalité. Je n'ai pas vérifié la cotation à l'époque. Annexe 3, 1 page.*

*Je ne suis pas conscient de l'implication de la cotation... »*

ET

*« L'échelle de Katz complétée par Monsieur A. rentrée à la mutuelle le 03/01/2013 et signée par moi-même ne reflète pas la réalité. Je n'ai pas vérifié la cotation à l'époque. »*

L'attestation ultérieure du Dr T. ne doit pas être prise en compte étant manifestement établie à la demande de Monsieur A. et en contradiction avec ses déclarations faites *in tempore non suspecto* aux inspecteurs.

Selon les documents produits par Monsieur A. :

- Monsieur U. déclare que Madame G. ne portait des langes que quand elle savait les payer, pour préciser, (le 1er octobre 2014) que Madame G. était incontinente, selles et urines et qu'il devait la changer ...
- Par contre, Madame V. signale que Madame G. nécessite un change complet des protections (déclaration du 1er décembre 2013), puis qu'elle refusait d'en porter (déclaration du 18 février 2014), puis qu'elle devait effectuer un change complet des protections en raison de son incontinence (déclaration du 1er octobre 2014). Par contre, le mari de Madame G., Monsieur Y. est complètement incontinent.
- La voisine, Madame Z., déclare passer plusieurs fois par jour et devoir s'occuper des changes de Madame G. Quant à son mari, il n'en porte pas ! Ce qui est contraire à ce que les infirmiers déclarent.

Madame AB', aide-soignante déclara :

*« G., oui j'allais faire la toilette et une clexane au début de mon contrat. La toilette de Madame était faite si elle acceptait. Elle ne présentait pas d'incontinence. »(audition du 25.02.2014).*

Par ailleurs, il ressort du dossier en général, que les infirmiers passaient peu chez les patients, les soins et notamment les toilettes étant accomplis.

Ce grief est par conséquent établi.

**Grief 3 – Madame H. (période du 02.08.2013 au 30.09.2013)**

Selon le SECM, il y a lieu à déclassement de forfait B en T7 (article 8 § 1 et § 5 N.P.S.).

Ce grief concerne un indu total de 5.745,10 euros pour 212 prestations.

Ce déclassement est justifié par le SECM à la fois par la déclaration de Madame H. qui déclare se débrouiller seule pour aller à la toilette, avec des accidents liés à une descente d'intestins. Elle met des bambinettes la nuit et se lève en cas de besoin. Le Dr T. confirme que Madame H. ne met pas de lange et n'a pas d'incontinence totale, juste un problème de contrôle (v. audition du 23.02.2015).

Les attestations produites par Monsieur A. ne contredisent pas ce déclassement.

Selon Madame V., Madame H. est incontinente et elle devait la changer tandis que selon Monsieur U. elle est incontinente selles et urine, ce qui est confirmé par le Dr T., qui a contresigné l'évaluation.

Ce même Docteur T. déclarera toutefois le contraire.

Les aides-soignantes déclarent des problèmes d'incontinence mais ne justifient pas d'une cotation particulière. Or, même s'il faut encore le répéter, ce sont elles qui s'occupaient des patients sous le nom des infirmiers.

Il convient de se référer à la déclaration in fine du Dr T., parce qu'il a reconnu qu'il ne vérifiait pas les cotations mentionnées et n'était pas conscient des conséquences de celles-ci et parce qu'il a confirmé qu'il n'y avait pas d'incontinence totale.

Le grief est établi.

**Grief 4 : Madame I. (période du 01.12.2013 au 22.09.2013)**

Selon le SECM, il y a lieu à déclassement de FB et FA en T7 (article 8 § 1 et § 5 N.P.S.).

Ce grief concerne 291 prestations et a généré un indu de 7.062,97 euros.

Le Dr AC', lors de son audition le 26 février 2015 évalue l'échelle de KATZ à 4-4-2-2-2-1 et confirme l'incontinence urinaire accidentelle.

*« Vous me soumettez une échelle d'évaluation de ma patiente, que je rédige ce jour et qui correspond à son autonomie (annexe 4).*

*Je relis l'échelle de Katz établie en 2013. Je confirme que pour l'item transfert et déplacement la cotation est 3. En effet, elle faisait des chutes à répétition. Je peux vous montrer dans mon dossier médical le nombre de rapports médicaux signalant des fractures multiples.*

*Il a fallu un renforcement de l'encadrement paramédical à la maison pour enfin sécuriser Madame I.*

*Pour le critère continence, il est certain que madame I. présente des pertes d'urines accidentelles. Personnellement et jusqu'à présent, je ne faisais pas la différence entre l'incontinence accidentelle et l'incontinence permanente pour l'établissement de l'échelle d'autonomie.»*

Même si le forfait B a été accepté par la mutuelle, sans vérification, pour 2015, il y a lieu de le déclasser en T7 car il n'y a pas d'incontinence.

Certes Madame V. et Monsieur U. déclarent une incontinence justifiant des changes deux ou trois fois par jour.

Il est cependant à nouveau permis de mettre en doute ces déclarations dès lors qu'il est établi que ceux-ci ne réalisaient pas les toilettes qu'ils faisaient faire par les aides-soignantes.

Madame S. déclare :

*« I., c'est un gros cas. Je l'ai retrouvée deux fois par terre, elle avait chuté. Elle n'était pas incontinente mais il y avait des protections et elle allait aux toilettes. Je l'ai accompagnée jusqu'à son départ en ambulance pour l'hôpital. Je suis certaine qu'il y avait un passage le matin tous les jours ainsi que le soir. »*

Madame V. déclare :

*« Q. Que faites-vous chez cette dame ?  
R. J'ai la clé de l'appartement.  
Je la lève pour la mettre à la toilette.  
La toilette est faite au lit.  
Nous y allons 2 fois par jour pour voir plus si nécessaire.  
Pour l'item transfert et déplacement, je mettrais un 3. Pour aller aux toilettes, je mettrais un 4.  
Je précise que cette dame a en permanence une « femme à journée » comme elle dit, le matin et l'après-midi.  
Je prépare le déjeuner, le café et les médicaments et je lui donne. »*

Force est de constater que Madame V. ne donne aucune explication sérieuse quant au « 4 » retenu.

Le grief est par conséquent établi sur base des déclarations effectuées en présence des inspecteurs sociaux, le revirement ultérieur de Mme I. devant être apprécié avec prudence, les conditions dans lesquelles cette seconde version fut recueillie par M. A. n'étant pas connues.

#### **Grief 5 : Monsieur J. (période du 09.08.2012 au 30.05.2013)**

Selon le SECM, il y a lieu à déclassement de forfait B en T7 (article 8 § 1 et § 5 N.P.S.).

Ce grief concerne 232 prestations et a généré un indu de 5.957,73 euros.

Lors de son audition, Madame AD' déclare en date du 5 février 2015 :

*« M. J. est entré à la MRS le 3/2/2014, avant il venait au centre de soins de jour (...). Il était pris en charge au centre de soins de jour du 31/1/2012 au 31/1/2014.*

*Au début quand il est arrivé au centre de soins de jour, M. J. demandait pour aller aux toilettes, il se débarrassait et s'essuyait seul. On devait l'accompagner à cause de sa désorientation spatiale. Il ne portait pas de protections.*

*En 2013, il a commencé à avoir des accidents de perte d'urine. Il ne portait pas de protections, il continuait à demander pour aller aux toilettes mais parfois trop tard. A ce moment, on le conduisait aux toilettes mais il savait se déshabiller, s'essuyer et se rhabiller seul.*

*Pour le moment, c'est une incontinence urinaire uniquement et accidentelle la journée. La nuit, c'est une incontinence quotidienne parce qu'il ne se réveille plus, suite à une adaptation de son traitement inducteur de sommeil en décembre 2014.*

Le Dr AE' précisera que Monsieur J. avait bénéficié de soins infirmiers pour toilettes complètes et habillage et épisodes d'incontinence.

Monsieur AF', gendre de Monsieur J., déclara pour sa part :

*« ...Mon beau-père est âgé de 89 ans. Il souffre de la maladie d'Alzheimer.*

*En septembre 2011, il a été opéré de la prostate à la ... (...). Il a présenté une incontinence urinaire durant quelques mois. Je suis incapable de vous préciser, de façon formelle, mais pas plus de six mois.  
L'incontinence urinaire était accidentelle. Il portait des langes culottes.*

*[...]*

*La première grille d'évaluation, appelée échelle de Katz a été remplie par le médecin traitant qui est le Docteur AE' de .... La période correspondant à l'état de dépendance repris sur cette première échelle de Katz a concerné une période de 6 mois maximum et correspondait au fait de l'intervention de la prostate. Je précise cependant que la maladie d'Alzheimer a été diagnostiquée de façon précise il y a 6 ans. Au début il réalisait sa toilette lui-même et c'est à partir de 2011 que son épouse l'a aidé dans l'accomplissement des soins d'hygiène.*

*... Cependant pour aller à la toilette, il pouvait marcher sans aide aucune.*

*Le critère de la continence, il est clair que suite à l'intervention de la prostate, il y a eu une incontinence urinaire durant une période de 6 mois au maximum.*

*En août 2012, nous avons accueilli mon beau-père à notre domicile à ... et j'ai fait appel à un infirmier, Monsieur AG'. dit .... Celui-ci a réalisé la toilette durant 15 jours. C'est un infirmier que je connaissais et qui avait une activité indépendante, à titre complémentaire. Monsieur AG' a éprouvé des difficultés à se faire rembourser des soins infirmiers réalisés car Monsieur A. avait déjà porté en compte les soins infirmiers réalisés par Monsieur AG'. Vous me demandez avec précision cette période.*

*De mémoire, je pense qu'il s'agit de la seconde quinzaine d'août 2012. Je pense pouvoir retrouver les dates avec précision. Je vous les communiquerai ultérieurement. Durant cette quinzaine de jours où il se trouvait chez nous, il a été désorienté, plus qu'à son domicile mais il s'agissait d'une aide pour l'orienter dans l'espace et le conduire par exemple à la salle de bains ou aux toilettes.*

[...]

*Au début de l'année 2013, je me suis intéressé au renouvellement de l'échelle de Katz et du forfait incontinence, lié au forfait B, octroyé à mon beau-père. J'ai constaté que ce renouvellement n'avait pas été réalisé par le Docteur AE'. mais par Monsieur A.. J'ai pris contact avec la mutuelle pour savoir sur quelle base on désignait ces critères et tout s'est enchaîné. L'infirmière-conseil de la mutuelle Omnimut s'est présentée au domicile de mon beau-père. Lors de la prise de rendez-vous, avec l'infirmière-conseil, ma belle-mère l'a signalé à Monsieur A. **Celui-ci est venu avec une caisse de protections pour incontinence le jour précédant la visite de l'infirmière-conseil. Monsieur A. lui a fortement conseillé de faire porter la protection et de dire qu'il y avait une incontinence urinaire, qu'il en portait tous les jours.** Après le passage de l'infirmière-conseil de chez Omnimut, j'ai mis fin à la collaboration avec Monsieur A. et j'ai pris une infirmière, Madame AH'.*

*A votre question d'un ticket modérateur perçu, nous n'avons jamais rien payé, aucun supplément.*

*A la relecture, je précise que durant les 6 premiers mois après l'hospitalisation et la convalescence à ... à ... (2 semaines), Monsieur A. est venu au domicile une fois par jour, le matin. Je vous ferai parvenir le courrier en ma possession.*

*En ce qui concerne le dossier infirmier, laissé au domicile, les notes des prestataires de soins étaient fausses, en ce sens que systématiquement étaient notées des observations comme rasage tous les jours et fait 2 ou 3 fois par semaine et prise de médicaments. Mon beau-père ne prend aucun médicament...*  
»

Ce grief est établi.

La demande en récupération d'indu formée par le SECM est donc fondée.

### **C) L'AMENDE ADMINISTRATIVE**

Les infractions "réalité" et "conformité" basées sur l'article 73bis de la loi coordonnée le 14.07.1994 sont passibles d'amende moyennant la réunion de deux éléments, un élément matériel et un élément moral.

Comme relevé ci-dessus néanmoins, le non-respect du délai raisonnable justifie le fait qu'aucune amende ne soit infligée à Monsieur A.

Il découle de ce qui précède que l'appel est partiellement fondé.

**Par ces motifs, la Chambre de recours instituée auprès du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI,**

Composée de Monsieur Emmanuel MATHIEU, président, du Docteur Eric VAN UYTVEN, de Madame Jacqueline ORBAN, membres ;

Après en avoir délibéré et statuant contradictoirement à l'égard des parties, dans la limite des appels ;

Docteur Eric VAN UYTVEN et Madame Jacqueline ORBAN ayant rendu leur avis sans prendre part à la décision ;

Ecartant comme non fondées toutes conclusions autres, plus amples ou contraires ;

Dit l'appel de Monsieur A. et de la SRL B. en faillite recevable et partiellement fondé ;

Par conséquent :

Met à néant la décision du 28 novembre 2023 de la Chambre de première instance entreprise ;

Confirme la décision du 2 octobre 2015 du Fonctionnaire-dirigeant sauf en ce que celui-ci inflige une amende administrative à M. A. ;

La présente décision est rendue, après délibération, par la Chambre de recours instituée auprès du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI, composée de Monsieur Emmanuel MATHIEU, président, du Docteur Eric VAN UYTVEN et Madame Jacqueline ORBAN, membres.

La présente décision est prononcée à l'audience du 10 janvier 2025 par Monsieur Emmanuel MATHIEU, président, assisté de Madame Françoise DELROEUX, greffière.

Françoise DELROEUX  
Greffière

Emmanuel MATHIEU  
Président