

DECISION DE LA CHAMBRE DE RECOURS DU 26 AVRIL 2024
Numéro de rôle FB-002-23

EN CAUSE DE : **Madame A.**

Infirmière brevetée

Comparaissant en personne et assistée de Maître B., avocat ;

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.

Exposé des faits – Antécédents :

Madame A. est infirmière brevetée diplômée depuis le 15 septembre 1997.

En 1997, elle a débuté sa carrière professionnelle d'infirmière salariée temps plein au CPAS de ... jusqu'en 1999. Elle a opté pour une activité à temps partiel auprès du CPAS et un mi-temps de nuit au ... au cours de l'année 1999.

En mars 1999, elle a entamé une activité d'infirmière indépendante à titre exclusif dans la région de Charleroi.

En février 2006, elle a constitué en association avec Monsieur E., son conjoint, la SC «F.». Monsieur E. a démissionné en 2013 de son mandat d'administrateur-gérant. En 2016, le siège social a été transféré à ...

En octobre 2015, un numéro de tiers payant a été attribué à « G. », groupement infirmier composé de Madame A. en tant que responsable et de son époux, Monsieur H., infirmier indépendant, comme membre.

Jusqu'en 2015, elle a travaillé en collaboration avec une collègue infirmière.

En octobre 2018, elle s'est adjoind trois collaboratrices, infirmières indépendantes, dont deux travaillent à titre complémentaire.

Madame A. assure seule son activité au sein de sa patientèle, ses collaboratrices prennent en charge toutes nouvelles demandes de soins infirmiers, à raison de 6 à 8 jours par mois essentiellement les matins.

L'établissement de la facturation du groupement « G. » est assurée depuis 2015 par Monsieur H.. Il dispose du mandat « MYCARENET » pour le groupement « G. », et la société « G. » perçoit de l'intégralité des paiements effectués par les OA.

C'est également Monsieur H. qui s'occupe de l'établissement des dossiers infirmiers, en ce compris les échelles de Katz.

Le volume d'activités de Madame A. s'établit comme suit :

Tableau de données anonymisées.

A l'audience du 10 novembre 2022, ces chiffres ont été complétés oralement par le SECM comme suit :

- 2019 : 424.352 € de remboursement
- 2020 : 386.421 €
- 2021 : 359.824 €.

Madame A. est au percentile 99,99 pour les forfaits B et forfait B wk. Elle est également au percentile 99,83 pour le forfait PB palliatif.

L'enquête a été effectuée sur base des éléments suivants :

- listings informatiques demandés aux unions nationales des OA pour la période d'introduction aux OA du 1^{er} février 2017 au 31 octobre 2018 ;
- audition de 18 assurés et 1 témoin (informaticien) ;
- entretien avec 2 médecins-traitants ;
- audition de Madame A. les 25 septembre 2019 et 23 octobre 2019 ;
- 15 constats de visites ou téléphoniques (8 assurés et 7 témoins).

Un PVC a été dressé à charge de Madame A. date du 21 janvier 2020 et une liste de prestations y annexée a été notifiée par recommandé :

- le 21 janvier 2020 à Madame A. ;
- le 23 janvier 2020 à G.

Par requête du 10 décembre 2021, le SECM demandait à la Chambre de première instance de déclarer que les griefs suivants sont établis dans le chef de Madame A. :

- Grief 1 – art. 73bis, 1° de la loi SSI – prestations de soins infirmiers à domicile non effectuées pour 7 assurés - Indu : **34.306,51 €** ;
- Grief 2 – art. 73bis, 2° de la loi SSI – prestations non conformes - surévaluation d'honoraires forfaitaires par journée de soins pour des patients lourdement dépendants - Indu : **49.789,02 €** ;
- Grief 3 – art. 73bis, 2° de la loi SSI – prestations non conformes – honoraires pour des consultations infirmières portés en compte à l'assurance soins de santé et indemnités (ASSI), alors que les protocoles de consultations infirmiers ne sont pas inclus dans le dossier infirmier - Indu : **229,32 €**.

Le SECM demandait également à la Chambre de première instance de :

- Condamner Madame A. au remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé, soit la somme de **84.324,85 €** (article 142, §1er, 1° et 2°, de la loi SSI) ;
- Condamner Madame A. au paiement d'une amende administrative s'élevant à **150%** du montant de la valeur des prestations indues, soit la somme de

- 51.459,77 € (article 142, §1er, 1° de la loi SSI), dont un tiers avec un sursis de 3 ans, soit une amende effective de 34.306,51 € et une amende avec sursis de 17.153,26 € ;
- Condamner Madame A. au paiement d'une amende administrative s'élevant à **100%** du montant de la valeur des prestations indues, soit la somme de 50.018,34 € (article 142, §1er, 2° de la loi SSI), dont 50% avec un sursis de 3 ans, soit une amende administrative effective de 25.009,17 € et une amende avec sursis de 25.009,17 € ;
 - Dire qu'à défaut de paiement des sommes dues par Madame A. dans les 30 jours de la notification de la décision de la Chambre de première instance, des intérêts au taux légal en matière sociale, tel que prévu à l'article 156, §1er de la loi SSI, seront dus, de plein droit, à compter de l'expiration du délai précité.

Par décision du 21 décembre 2022 (RG FA-015-21), la Chambre de première instance :

- Dit pour droit que les éléments matériels constitutifs de l'infraction à l'article 73bis, 1° et 2° de la loi ASSI sont établis dans le chef de Madame A. ;
- Déclare établis les griefs formulés pour tous les cas cités dans la note de synthèse ;
- Condamne Madame A. au remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé, soit la somme de **84.324,85 €** (article 142, §1er, 1° et 2°, de la loi SSI) ;
- Condamne Madame A. au paiement d'une amende administrative s'élevant à **150%** du montant de la valeur des prestations indues pour le grief 1, soit la somme de 51.459,77 € euros (article 142, §1er, 1° de la loi SSI), dont un tiers avec un sursis de 3 ans, soit une amende effective de **34.306,51 €** et une amende avec sursis de 17.153,26 € ;
- Condamne Madame A. au paiement d'une amende administrative s'élevant à **100%** du montant de la valeur des prestations indues pour les griefs 2 et 3, soit la somme de 50.018,34 € (article 142, §1er, 2° de la loi SSI), dont 50% avec un sursis de 3 ans, soit une amende administrative effective de **25.009,17 €** et une amende avec sursis de 25.009,17 € ;
- Dit qu'à défaut de paiement des sommes dues par Madame A. dans les 30 jours de la notification de la décision de la Chambre de première instance, des intérêts au taux légal en matière sociale, tel que prévu à l'article 156, §1er de la loi SSI, seront dus, de plein droit, à compter de l'expiration du délai précité.

Mme A. interjeta appel de cette décision par requête du 23 janvier 2023.

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

Discussion :

1. Recevabilité de l'action originaire du SECM :

Madame A. considère qu'elle ne peut être poursuivie en qualité de dispensateur de soins étant donné que ce n'est pas en son nom propre qu'elle a organisé la dispensation des soins infirmiers mais uniquement en sa qualité de responsable du groupement G.

Elle soutient que ce groupement remplit les conditions pour être considéré comme dispensateur de soins au sens de l'article 2, n) de la loi ASSI.

L'article 2, n) de la loi ASSI prévoit que:

« Dans la présente loi coordonnée, on entend :

(...)

n) 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 73bis, 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 ; »

Madame A. entre bien dans la définition de dispensateurs de soins visés à l'article 2n) de la loi ASSI puisqu'elle est infirmière brevetée.

C'est à juste titre que le premier juge a pu constater que l'assimilation du groupement G. « aux dispensateurs de soins » mentionnés dans l'article susdit n'a pas pour effet de neutraliser la qualité de « *dispensateur de soins* » de la personne qui accomplit les prestations de soins.

Le SECM était donc parfaitement en droit de poursuivre Madame A. en son nom propre même si les prestations ont été facturées au nom du groupement puisque c'est à elle qu'il est reproché d'avoir commis les infractions pour lesquelles elle est poursuivie.

En adoptant l'article 142§1 al1 et l'article 2n) de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, 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.

Il s'ensuit que dès lors qu'il est reproché à un dispensateur de soins d'avoir accompli un des actes proscrits par l'article 73bis de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, comme c'est le cas en l'espèce, sa responsabilité est susceptible d'être mise en cause, le cas échéant, conjointement avec celle d'une personne y assimilée (CE. n° 247.257 du 9 mars 2020).

Les mots « le cas échéant » signifient que l'opportunité des poursuites est laissé au SECM.

En tout état de cause, le groupement G. n'a pas la personnalité juridique et n'aurait pu faire l'objet de poursuites.

La demande du SECM est donc recevable.

2. Quant au fondement de l'action :

2.1) Eléments matériels constitutifs de l'infraction - remboursement de l'indu – 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.

2.2) 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^{er} :

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 ; (prestations non effectuées)

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 ; (prestations non conformes)

(...)

2.3) Application : matérialité des infractions

2.3.1) Grief 1 basé sur l'article 73bis, 1° de la loi ASSI - prestations non effectuées :

Le SECM reproche à Madame A. d'avoir attesté des prestations non effectuées pendant la période du 6 juin 2017 au 31 décembre 2018 et introduites au remboursement auprès des OA pendant la période du 31 juillet 2017 au 31 janvier 2019.

Plus précisément, il lui est reproché d'avoir porté en compte à l'ASSI, via le groupement infirmier « G. » des prestations de soins d'hygiène et les 1ères prestations de base y afférentes ainsi que des honoraires forfaitaires dits A, B non effectués.

Cela concerne 7 assurés sociaux, 1301 prestations et un indu de 34.306,51 €.

Le grief se fonde sur la déclaration des bénéficiaires auditionnés en leur domicile, ainsi que les constats du médecin-inspecteur au SECM de Namur auprès de médecins traitants :

- avoir attesté pour 6 assurés sociaux des honoraires forfaitaires par journée de soins pour les patients lourdement dépendants (forfait A et forfaits B).
- avoir attesté pour 1 assuré social des soins d'hygiène (toilettes codes NPS 425110 /425515 et prestations de base codes NPS 425014 /425412) ainsi que des honoraires forfaitaires par journée de soins pour les patients lourdement dépendants (forfait B).
- avoir attesté des prestations durant le week-end alors que les soins n'ont pas été effectués.

Madame A. conteste l'analyse effectuée par le SECM à partir des auditions.

Elle fait état de ce que la carte d'identité des patients était lue à l'aide d'un lecteur de carte d'identité électronique.

La seule lecture de la carte d'identité n'est cependant pas de nature à démontrer que des soins ont été prodigués aux patients, que cette lecture se serait faite au domicile des patients concernés voire même que le patient aurait été présent lors de celle-ci.

La lecture de carte n'est qu'un moyen de contrôle d'identité du patient au nom duquel des soins sont attestés.

A cet égard il convient seulement de constater le caractère précis et concordant des auditions des patients concernés par ce grief, lesquels confirment que les soins attestés n'ont pas tous été dispensés et que Mme A. n'est pas venue chaque jour effectuer des soins.

Le relevé des lectures de cartes d'identité permet par ailleurs de mettre en évidence diverses anomalies de nature à mettre en doute le fait que cette lecture serait à mettre en rapport avec des soins dispensés, anomalies parmi lesquelles des lectures répétées le même jour des cartes d'identité à quelques instants d'intervalle.

Le SECM relève ainsi à juste titre et de manière exemplative, le caractère pour le moins troublant des lectures de carte d'identité suivantes :

« Couple Monsieur I. - Madame J. :

- 2 encodages pour M. I. par lecture du code barre le 06/10/2017 à 15h55 et 15h58. Concernant ces prestations, Mme A. soulève que la remarque n'est pas pertinente puisque les soins effectués les vendredis sont admis pour ce patient. Or, la question ne porte pas sur le fait que l'encodage ait bien eu lieu un vendredi ou un autre jour. Le questionnement du SECM porte sur, par exemple, le nombre important de doublons dans les lectures ou les répétitions de lectures selon des modes différents au cours d'un même jour.

- 2 encodages par lecture du code barre pour les 2 assurés le 15/10/2017 à 08h08 pour Monsieur et 08h09 pour Madame ainsi que à 08h17 pour Monsieur et 08h17 pour Madame.

- le 16/10/17 à 13h58 lecture puce pour Monsieur et encodage vignette à 20h46. Pour Madame, lecture puce à 13h57 et encodage vignette à 20h46.

- le 01/01/2018, il y a 4 encodages lecture puce pour Monsieur entre 12h39 et 12h52. Il y en a 2 pour Madame à 12 h38 et 12 h56.

- A plusieurs reprises, le SECM constate qu'il y a des encodages « doubles » ou « triples » sur quelques minutes.

- Il existe plusieurs cas où il y a une lecture puce et un encodage vignette le même jour.

Exemple : 31/10/18 ; 12h00 encodage manuel et à 18h32 lecture puce pour Monsieur. Et exactement la même chose (avec strictement les mêmes heures) chez Madame.

S'il y a eu deux passages sur la journée chez ces patients, pourquoi deux types de lecture différents ?

Pourquoi lire plusieurs fois d'affilée la carte d'identité, sur quelques minutes ?

- Lecture de carte quotidien chez Monsieur I., alors que le dossier infirmier de cet assuré ne comporte des notes que pour quelques jours par mois ;

Exemple :

• 6 soins notés dans le dossier pour le mois de novembre 2017 (les 3,10,17,20,23 et 29) alors que la carte est lue chaque jour du mois de novembre 2017

• 5 soins notés dans le dossier infirmier pour le mois de décembre 2017 (les 01,08,15,22 et 29), alors que la carte est lue chaque jour du mois de décembre 2017

• 4 soins notés dans le dossier pour le mois de janvier 2018 (les 05,12,19 et 26) alors que la carte est lue chaque jour du mois de janvier 2018

• 4 soins notés dans le dossier pour le mois de mars 2018 (les 09,16,23 et 30) alors que la carte est lue chaque jour du mois de mars 2018.

Couple Monsieur K. – Madame L.

- Plusieurs dates de double lecture de puce le même jour :

2016-000557-P-02-000-00003-0036 5

22/07/18 : 2 lectures à 07 :41 pour Madame

23/09/18 : lecture puce à 18h14 et 18h20 chez Monsieur, idem chez Madame

20/10/18 : lecture puce à 18h49 et 19h13 chez Monsieur, idem chez Madame

21/10/18 : lecture puce à 19h10 et 19h20 chez Madame et à 19h10 et 19h19 chez Monsieur

03/12/18 : 3 lectures puce chez Madame (18h01, 18h02 et 18h37) et 2 chez Monsieur (18h01 et 18h37)

29/11/19 : lecture puce à 11h51 et encodage manuel à 12h00 chez Monsieur.

Le SECM remarque qu'hormis la remarque à propos des 2 encodages le vendredi 6/10/2017 concernant M. I., Mme A. ne fournit aucune explication à ces doublons ou répétition de lecture. ».

Les déclarations ou certificats médicaux produits par Madame A. sont sans incidence sur le cas d'espèce, le fait que des soins quotidiens aient été nécessaires pour certains patients ne signifiant pas qu'ils ont été effectivement réalisés.

2.3.2) Examen des cas :

a) Monsieur K. (époux de Mme L.) :

Entendu le 22 août 2019, M. K. déclara notamment :

«(...) Les jours lundi mercredi vendredi et jeudi mardi je ne reçois pas de toilette le weekend c'est seulement ma femme qui reçoit des toilettes les samedis et dimanches.

Lorsque l'infirmière vient à 11h ou 11h30 ; elle fait ma toilette soit à l'évier ou dans la baignoire, elle me lave complètement, elle me rase et m'aide à m'habiller complètement.

Je dois toujours m'asseoir sur une chaise ou le tabouret dans la baignoire.

Je vous confirme les propos tenus par mon épouse, à notre demande nous souhaitons recevoir que trois toilettes par semaine c'est-à-dire les lundis, mercredis et vendredis. En général c'est Madame A. qui me lave, nous avons eu Vanessa cela n'allait pas, elle n'avait pas d'horaire.

Je n'ai pas de carnet de l'infirmière à mon domicile, elle inscrit tout dans l'ordinateur lorsqu'elle vient. (...)»

Il résulte de cette déclaration que Madame A. a porté en compte à l'ASSI des prestations 425294 (codes NPS semaine) 425692 (codes NPS week-end) non effectuées les mardis, jeudis, samedis et dimanches. Cette déclaration est par ailleurs corroborée par celle de Mme HERMAN.

Contrairement à ce qu'avance Mme A., il n'apparaît pas que M. K. souffrirait de problèmes de boissons tels que sa déclaration devrait être remise en cause ou que celle-ci serait ambiguë ou comporterait des contradictions.

On aperçoit mal en outre quel aurait été l'intérêt de M. K. de minimiser son état de dépendance, il en est de même par ailleurs des autres patients interrogés ?

Si le certificat médical du Docteur M. ne paraît pas être contestable en ce qui concerne la nécessité d'une toilette quotidienne au vu des pathologies de Monsieur K., il n'en reste pas moins que ce médecin n'a pas pu vérifier s'il bénéficiait réellement de cette toilette quotidienne.

Comme relevé ci-dessus, la lecture de la carte d'identité, qui n'a été rendue obligatoire qu'à partir d'octobre 2017 ne prouve pas que les soins ont été réellement effectués.

Il s'ensuit que c'est à juste titre que le premier juge a pu constater que le grief était établi en ce qui concerne M. K.

b) Madame N. :

Lors de son audition du 21 août 2019, Madame N. déclara ce qui suit :

« (Sur question, A. vient le lundi matin pour la toilette uniquement, le mercredi, c'est ... qui vient et le vendredi c'est une nouvelle infirmière qui vient mais je ne connais pas son nom. Je reçois 3 toilettes par semaine, jamais de toilette le week-end. Les toilettes sont très bien faites, parfois elles appliquent une crème si nécessaire.

Lorsque j'ai des bleus.- L'infirmière qui vient passe ma carte d'identité dans un appareil.- Il n'y a pas de carnet infirmier ici.- Je ne reçois pas de récapitulatif des soins de toilette mensuel.- L'infirmière a un carnet personnel avec sa tournée qu'elle emmène avec elle.)»

Il résulte de cette déclaration que Madame A. a porté en compte à l'ASSI des prestations 425294 (codes NPS semaine) 425692 (codes NPS week-end) non effectuées les mardi, jeudi, samedi et dimanche.

Il n'est nullement démontré que Madame N. serait confuse.

Madame A. produit également une attestation médicale du 17 septembre 2019 établie par le Dr O. précisant que Madame N. lui aurait parlé le 5 juillet 2019 du contrôle au cours duquel elle a été perturbée et impressionnée.

Contacté le 12 novembre 2019 par le médecin-inspecteur du SECM, le Dr O. a expliqué dans quel contexte il a rédigé l'attestation du 17 septembre 2019 et le duplicata d'une prescription du 23 septembre 2019 et a déclaré :

« F.G. : j'ai bien vu la patiente à son domicile le 5 juillet 2019 à 7h22. Je me souviens qu'elle m'a fait cette déclaration à domicile.

T.H. : Le problème est que le contrôle de l'INAMI s'est fait postérieurement au 5 juillet 2019.

F.G. : J'ai peut-être confondu avec la date du 27 août 2019 où j'ai noté que je l'avais vue à mon cabinet, mais il est possible que je l'ai vue en réalité à domicile et que ce soit à cette occasion que j'aie entendu ses plaintes.

T.H. : Pouvez-vous préciser à la demande de qui et pourquoi ce certificat a été rédigé ?

F.G. : C'est l'infirmière A. qui m'a contacté pour me demander de rédiger ce certificat en précisant le cas échéant que la patiente présentait des troubles neurologiques. Comme ce n'est pas le cas, je me suis borné à décrire ce que j'avais constaté. A posteriori je pense que je n'aurais pas dû rédiger ce certificat, mais les constatations sont exactes.

T.H. : Aviez-vous des raisons personnelles de rédiger ce certificat ?

F.G. : Non. Je l'ai fait uniquement à la demande de l'infirmière.

T.H. : Estimez-vous qu'il existe des raisons médicales de penser que les déclarations de Mme N. lors de son audition par l'INAMI n'étaient pas fiables (troubles neurologiques ou autres) ?

F.G. : Tout ce que je peux dire c'est que la patiente m'a dit qu'elle était perturbée et paniquée suite au contrôle INAMI mais elle n'est pas démente ni atteinte de troubles cognitifs à ma connaissance. Pour moi, il s'agissait uniquement d'anxiété »

Ainsi que l'a relevé le premier juge, il résulte de cette audition que Madame N. ne souffre d'aucun trouble cognitif qui permettrait de remettre en cause le contenu de son audition et que le médecin n'a en tout cas pas pu constater un état de confusion postérieurement au contrôle.

Ce grief est donc fondé.

c) Madame J. (épouse de M. I.) :

Entendue le 21 août 2019, Madame J. a déclaré :

« (...) - Sur question, on vient me laver dans un bassin, c'est A. qui vient me laver au rez-de-chaussée, elle prend l'eau à la cuisine.- C'est le docteur qui me l'a renseignée, elle vient depuis pas mal de temps, elle est gentille. Elle me lave entièrement, elle m'habille entièrement. Elle me fait des piqûres si j'ai besoin. Pour l'instant elle ne me fait pas de piqûres. Une fois par semaine, c'est la douche dans la salle de bain du 1er étage. L'infirmière A. me lave les cheveux. A. ne me remet pas de document récapitulatif des soins. A. m'apporte des langes pour la nuit, je précise des culottes-langes que je porte la nuit, pas la journée. J'ai un W.C en bas et un W.C en haut. Je ne paye pas les culottes-langes.- Pendant la nuit, ça m'arrive que quand c'est pressant, j'urine dans la culotte-couche.- Pendant la journée je vais à la toilette seule au rez-de-chaussée, je sens quand je dois uriner et aller à selles. L'infirmière est venue ce matin à 8 heures.- Elle fait son possible pour venir vers 8 heures.

- Elle ne laisse pas de cahier ici.- Sans rentrer dans la vie privée de mon infirmière A., son mari fait des soins à domicile aussi mais moi je n'ai pas besoin d'homme pour me laver.- Si A. ne vient pas me laver exceptionnellement ou le dimanche, c'est mon mari qui me met le bassin ici dans le salon sur une chaise et qui m'aide à me laver un peu.(...)».

Il résulte de cette déclaration, corroborée par celle de M. I., que Madame A. a porté en compte des prestations 425670 - 425692 (codes NPS week-end) non effectuées les dimanches.

Comme relevé ci-avant la lecture de la carte d'identité de Mme J. est d'autant moins de nature à infirmer la déclaration de cette dernière que la lecture de la carte d'identité n'était obligatoire qu'à partir d'octobre 2017 et que Madame A. ne rapporte pas la preuve de la lecture effective de la carte d'identité de Madame J. pour toutes les prestations retenues à grief.

Ce grief est donc fondé.

d) Madame L. (épouse de Monsieur K.) :

Entendue le 22 août 2019, Madame L. déclara ce qui suit :

« (...) - Sur question, je n'ai pas de soins infirmiers autre que le « lavage » tous les jours. L'infirmière qui vient s'appelle A. A. vient vers 11h – 11h30 ; parfois vers 12h – ou 14 heures.- A. vient une fois par jour.- A. nous lave dans la baignoire, chacun à notre tour dans la baignoire de la salle de bain qui est au rez-de-chaussée.- Je dois rester en robe de nuit jusqu'à ce qu'elle arrive.- Je dors au 1er étage.- A. ne vient pas le week-end ; elle vient me donner un bain 3 fois par semaine : le lundi, le mercredi, le vendredi.- A. ne vient pas les autres jours, sauf si on a besoin, c'est déjà arrivé plusieurs fois qu'on la rappelle.- Sur question, c'est nous qui avons demandé à A. de ne venir que 3 jours lundi – mercredi et vendredi car nous ne voulons pas être bloqués à la maison à l'attendre.- A. est seule à venir me soigner.- ... est venue une seule fois mais ça n'allait pas et je ne l'ai plus voulue. (...) ».

Il découle de cette audition, combinée avec celle de M. K., que Madame A. a porté en compte à l'ASSI des prestations 425294- 425692 (codes NPS) non effectuées les mardis, jeudis et les week-ends.

Il n'est nullement démontré que Mme L. serait confuse, sa déclaration est au contraire précise et détaillée quant aux horaires de passage.

Pour prouver qu'elle a effectivement accompli toutes les prestations, Madame A. fait encore valoir qu'elle a passé sa carte d'identité tous les jours.

A nouveau, la lecture de la carte d'identité de Mme L. est d'autant moins de nature à infirmer la déclaration de cette dernière que la lecture de la carte d'identité n'était obligatoire qu'à partir d'octobre 2017 et que Madame A. ne rapporte pas la preuve de la lecture effective de la carte d'identité de Madame L. pour toutes les prestations retenues à grief.

Ce grief est donc fondé.

e) Monsieur I. (époux de Mme J.) :

Entendu le 22 août 2019, Monsieur I. déclara :

*« (...) En mars 2017 l'infirmière est venue pour des soins de toilette et des pansements pour les suites des prothèses.
A partir de mars 2017, l'infirmière m'a donné des soins de toilette une fois par semaine en fin de semaine le vendredi en général ou parfois le samedi. Elle me*

lave complètement dans la douche. C'est le seul soin que je reçois. Je n'ai jamais reçu des injections ou des pansements.

La toilette a été demandée en raison de mes difficultés pour laver le dos, et m'incliner pour me laver les jambes et les pieds en raison de mon instabilité. En règle générale en dehors des soins infirmiers donnés une fois semaine, j'assure seul ma toilette quotidienne au lavabo et je dois m'asseoir sur un tabouret. Mais pour laver mes pieds j'utilise un bassin que je dépose dans mon salon et je m'assieds dans un canapé pour plus de facilités, et je m'essuie tout doucement mes pieds. J'ai des difficultés pour m'incliner vers l'avant. L'infirmière vient le matin ou fin d'après-midi une fois par jour en raison de sa tournée. C'est toujours Mme A. qui vient au domicile.

Elle ne vient jamais le dimanche pour moi ni pour ma femme. Je n'ai pas de dossier infirmier au domicile me concernant ni d'un carnet infirmier pour mon docteur traitant.(...)»

Il résulte de cette audition, corroborée par celle de Mme J., que Madame A. a porté en compte en tiers payant à l'ASSI des prestations 425014/425110 – 425412/425515,425294 et 425692 (codes NPS) non effectuées les lundis, mardis, mercredis, jeudis et les week-ends.

A nouveau il n'apparaît pas que Monsieur I. serait confus.

L'argument relatif à la lecture de la carte d'identité ne peut être retenu et il est référé à ce qui a déjà été indiqué ci-avant. Le listing produit laisse apparaître plusieurs lectures par jour, de types différents, tantôt par lecture de puce et tantôt par encodage manuel.

Ce grief est par conséquent fondé.

f) Madame P. :

Entendue le 12 septembre 2019, Madame P. déclara ce qui suit :

« (...) Sur question.- Quelle est l'infirmière qui vous soigne et depuis quand vous a-t-elle prise en charge ? Il s'agit de Mesdames Q. et R. qui me soignent trois fois semaine : lundi mercredi vendredi, pas le week-end, des toilettes et injections. En cas de besoin, elles sont toujours disponibles. Elles viennent le soir vers 18h ou 19h00, cela a été convenu entre nous depuis le début de la prise en charge. Nous téléphonons à l'infirmière qui va confirmer cela.» Communication de l'infirmière Mme Q. le 12.09.2019 à 14h49'. Elle confirme que les toilettes ont débuté en 10/2018, avant cela, c'était des pansements d'ulcères à la jambe gauche et aussi à droite à épisodes réguliers depuis 2015 et aussi une fois semaine une injection de Vitamines B depuis 2015 ».

Sur question, je vous confirme que je n'ai jamais reçu des toilettes quotidiennes par une autre infirmière que Q. ou R. Je ne connais pas d'infirmière de ... qui aurait effectué des toilettes quotidiennes durant la période de juin 2017 à octobre 2017 à mon domicile .Les seuls soins donnés sont ceux de l'équipe d'infirmières Q. et R. Il y a eu S. en 2017 ou 2018 pour une seule injection de Vitamine B et peut être une semaine de pansement tout au plus.

Je suis formelle dans mes déclarations. (...) »

Il en résulte de l'audition que Madame A. a porté en compte à l'ASSI des prestations 425294 et 425692 (codes NPS) non effectuées des lundis aux vendredis et week-ends compris.

Ce grief n'est pas contesté, Madame A. invoquant une erreur d'encodage sans expliquer comment une telle erreur serait possible, ce grief étant relatif à 109 prestations forfait B pour un montant de plus de 4000 euros.

g) Madame T. :

Il résulte de l'audition de Madame T. du 12 septembre 2019 que Madame A. a porté en compte à l'ASSI des prestations 425294 et 425692 (codes NPS) non effectuées des lundis aux vendredis et week-ends compris.

« (...) A la question quant à la facturation de soins infirmiers en juin 2017 jusqu'en septembre 2017, je ne sais pas vous apporter de réponse. Je n'ai jamais reçu de soins de toilette par une infirmière en mon domicile.

(...). Je vous adresse une copie d'un courrier adressé par la mutuelle en date du 09/10/2017. (je signe pour authentification).

Nous avons bien reçu le courrier mais nous avons pensé qu'il s'agissait d'un remboursement de médicaments ; un maximum à facturer.

Nous sommes assurés à la DKV.

Je vous confirme que je n'ai jamais reçu des soins de toilettes en mon domicile, ni mon époux, j'en suis formelle ; durant la période de juin à octobre 2017.

Effectivement, j'ai reçu des soins d'un infirmier Monsieur U. ... – c'est un groupe d'infirmiers ; des pansements m'ont été dispensés à la suite d'opérations je doute sur les dates.

Si j'ai besoin d'une aide pour ma toilette mon époux m'aide. Je dispose de toute mon autonomie dans la vie quotidienne, de toute ma tête. (...) »

Madame A. ne conteste pas ce grief et est d'accord avec le remboursement. Ce grief est relatif à 117 prestations forfait B pour plus de 4000 euros.

Il découle de ce qui précède que le grief 1 est établi pour tous les cas retenus dans la note de synthèse pour un indu total de **34.306,51 €**.

2.3.3. Grief 2 basé sur l'article 73bis, 2° de la loi ASSI : prestations non conformes - surscorage des échelles de Katz

Le SECM reproche à Madame A. la surévaluation d'honoraires forfaitaires par journée de soins pour des patients lourdement dépendants qui ont été portés en compte à l'assurance soins de santé pour un montant supérieur à ce qu'il aurait dû.

Ce grief concerne 8 assurés sociaux, 1790 prestations et un indu différentiel de 49.789,02 EUR.

Il s'agit d'honoraires forfaitaires par journée de soins A, B et PB , prévus à l'article 8, §1er de la nomenclature qui ont été portés en compte durant la période du 1^{er} janvier 2018 au 31 décembre 2018 et introduites au remboursement auprès des organismes assureurs (OA) pendant la période du 11 février 2018 au 31 janvier 2019 par Madame A. et « G. » alors que le degré de dépendance requis n'est pas atteint.

Le grief se base sur la conjonction des critères de dépendance physique tels qu'ils sont définis à l'art. 8, § 5, 1° de la NPS avec les libellés des prestations correspondant aux

honoraires forfaitaires dits forfaits A, B et PB tels qu'ils figurent à l'art. 8, § 1er de la NPS et qui exigent, d'une part :

- pour les forfaits A, une cotation de dépendance de 3 ou 4 pour le critère se laver et le critère s'habiller ainsi que 3 ou 4 pour le critère transfert et déplacements et/ou le critère aller à la toilette ;
- pour les forfaits B, une cotation de 3 ou 4 pour les critères se laver, s'habiller, transfert et déplacements, aller à la toilette ainsi que 3 ou 4 pour le critère continence et/ou le critère manger ;
- pour les forfaits PB , une cotation 3 ou 4 pour le critère se laver, le critère s'habiller, le critère transfert et déplacement, le critère aller à la toilette ainsi qu'une cotation 3 ou 4 accompagnée d'une cotation 3 ou 4 pour les critères continence et/ou manger et qui répond à la définition d'un patient palliatif reprise au § 5bis,1°.

En vertu de l'article 8§1 de la Nomenclature, les honoraires forfaitaires par journée de soins pour les patients lourdement dépendants sont déterminés en fonction du degré de dépendance physique des patients.

Il appartient à l'infirmier d'évaluer le degré de dépendance physique des patients qu'il soigne conformément à l'article 8§5 de la nomenclature, lequel est rédigé comme suit :

"Art. 8. § 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°:"

"1° La dépendance physique visée à la rubrique II du § 1er, 1° ; 2° ; 3° et 3°bis et à la rubrique

IV du § 1er, 1° et 2° est évaluée sur base de l'échelle d'évaluation reprise ci-après :"

"a) Se laver :

(1) Est capable de se laver complètement sans aucune aide;

(2) A besoin d'une aide partielle pour se laver au-dessus ou en dessous de la ceinture;

(3) A besoin d'une aide partielle pour se laver tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture;

(4) Doit être entièrement aidé pour se laver tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture.

b) S'habiller :

(1) Est capable de s'habiller et de se déshabiller complètement sans aucune aide;

(2) A besoin d'une aide partielle pour s'habiller au-dessus ou en dessous de la ceinture

(sans tenir compte des lacets);

(3) A besoin d'une aide partielle pour s'habiller tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture;

(4) Doit être entièrement aidé pour s'habiller tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture."

"c) *Transfert et déplacements :*

- (1) *Est autonome pour le transfert et se déplace de façon entièrement indépendante, sans auxiliaire(s) mécanique(s) ni aide de tiers;*
- (2) *Est autonome pour le transfert et ses déplacements moyennant l'utilisation d'auxiliaire(s) mécanique(s) (béquille(s), chaise roulante, ...);*
- (3) *A absolument besoin de l'aide de tiers pour au moins un des transferts et/ou ses déplacements;*
- (4) *Est grabataire ou en chaise roulante et dépend entièrement des autres pour se déplacer."*

"d) *Aller à la toilette :*

- (1) *Est capable d'aller seul à la toilette, de s'habiller et de s'essuyer;*
- (2) *A besoin d'aide pour un des trois items : se déplacer ou s'habiller ou s'essuyer;*
- (3) *A besoin d'aide pour deux des trois items : se déplacer et/ou s'habiller et/ou s'essuyer;*
- (4) *A besoin d'aide pour les trois items : se déplacer et s'habiller et s'essuyer"*

"e) *Continence :*

- (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);*
- (3) *Est incontinent pour les urines (y compris exercices de miction) ou les selles;*
- (4) *Est incontinent pour les urines et les selles.*

f) *Manger :*

- (1) *Est capable de manger et de boire seul;*
- (2) *A besoin d'une aide préalable pour manger ou boire;*
- (3) *A besoin d'une aide partielle pendant qu'il mange ou boit;*
- (4) *Le patient est totalement dépendant pour manger et boire."*

Lors de son audition le 25 septembre 2019, Madame A. a déclaré ne pas utiliser ni connaître les directives du Service des soins de santé pour l'élaboration des échelles de dépendance. On peut donc s'interroger sur quelle base elle a déterminé les échelles de dépendance pour les assurés concernés par le grief.

Le médecin-inspecteur a examiné la situation de 8 assurés sociaux et a constaté que pour ceux-ci, l'échelle de Katz avait été surévaluée.

a. Monsieur K. :

Il est reproché à Madame A. d'avoir porté en compte à l'assurance soins de santé des prestations 425294 (codes NPS de semaine) 425692 (codes NPS de weekend) non conformes.

Monsieur K. a été auditionné le 22 août 2020 et a notamment déclaré qu'il continuait à occuper sa chambre à l'étage de son habitation.

Le SECM a comparé les échelles de Katz données par Madame A. pour 4 périodes distinctes avec les échelles données par le médecin-inspecteur sur la base de ses observations lors de l'audition et de la consultation du dossier infirmier.

Madame A. arrivait à un forfait B pour 3 périodes et un forfait A pour une période.

Le SECM conclut à cotation de T7, les items « *transfert et déplacement* », « *aller à la toilette* » et continence devant recevoir un score de 2 au lieu de 3 :

- Transfert et déplacement la cote de 2 a été attribuée car le bénéficiaire peut se déplacer à l'aide d'une canne à l'intérieur et à l'extérieur, conduit seul son véhicule aux alentours proches.
- Aller à la toilette : la cote 2 a été attribuée car le bénéficiaire peut se déshabiller et s'essuyer, mais une aide est nécessaire pour se rhabiller.
- Continence : la cote 2 a été attribuée car le bénéficiaire présente des épisodes de diarrhées selon ses déclarations.

Madame A. conteste cette cotation et fait valoir les éléments suivants :

- Pour le transfert/déplacements la cote de 3 doit être maintenue, Monsieur K. a absolument besoin de l'aide de tiers, même s'il a des cannes ;
- Elle doit souvent le trainer vu ses problèmes d'alcool ;
- Et, il est également totalement incapable de retenir ses urines. Ce problème est également dû à la consommation d'alcool.

Il y a donc lieu, selon elle, de maintenir un 3 pour les transferts/déplacements et pour aller à la toilette et dès lors la cotation d'un forfait B se justifie.

Comme le constate le SECM, les problèmes d'alcool de Monsieur K. ne sont mentionnés qu'à une seule date dans le dossier infirmier, le 8 janvier 2019. Elle ne prouve donc pas suffisamment que l'état de Monsieur K. nécessite qu'elle le « traîne » jusqu'aux toilettes.

L'utilisation d'une canne entraîne une cotation 2.

Par contre, les fuites d'urine dans le linge sont souvent mentionnées dans le dossier infirmier et le SECM est donc d'accord d'octroyer un score 3 au critère « Continence ».

Toutefois, cela correspond toujours à un T7.

Ce grief est donc fondé.

b. Madame V. (épouse W.)

Il est reproché à Madame A. d'avoir porté en compte à l'assurance soins de santé des prestations 427033 (codes NPS de semaine) 425692 (codes NPS de weekend) non conformes.

Le SECM a comparé les échelles de Katz données par Madame A. pour 3 périodes distinctes avec les échelles données par le médecin-inspecteur sur la base de ses observations lors de l'audition.

Madame A. arrivait à un forfait B pour les 3 périodes.

Une cotation de forfait A a été attribuée par le SECM :

- Transfert et déplacement : la cote de 2 a été attribuée car la bénéficiaire peut se déplacer à l'aide d'une canne à l'intérieur et à l'extérieur.
- Continence : la cote 2 a été attribuée car la bénéficiaire présente occasionnellement des pertes d'urine, le port d'un lange et présente des épisodes de constipation selon les déclarations de la bénéficiaire.
- Manger : la cote 2 a été attribuée car la bénéficiaire peut s'alimenter seule et participe en de rares occasions à la préparation des repas selon ses déclarations.

A la consultation du dossier infirmier durant la période 2018, il y est fait mention de quelques épisodes de constipation et de rares épisodes de fuites urinaires.

Madame A. conteste la cotation du SECM au motif que Madame V. est en soins palliatifs à domicile et que le Médecin Conseil de la Mutuelle a marqué son accord pour l'attribution d'un forfait B.

Le seul fait que Madame V. soit en soins palliatifs ne permet pas de facturer un forfait B sans que le degré de dépendance correspondant ne soit présent.

Comme l'a relevé le premier juge :

- Le SECM a constaté que le dossier infirmier de la patiente ne correspondait pas à un dossier pour patient palliatif selon les directives du département des Soins de Santé
- Les déclarations de Madame A. actées le 23 octobre 2019 stipulent que les soins dispensés le sont en raison de polyarthrite, ce qui ne correspond pas à des soins palliatifs.

C'est donc à juste titre que le SECM a calculé un indu différentiel entre le forfait PB et le forfait A.

c. Madame N. :

Il est reproché à Madame A. d'avoir porté en compte à l'assurance soins de santé des prestations 425294 (codes NPS de semaine) 425692 (codes NPS de weekend) non conformes, un forfait B ayant été encodé par Mme A. au lieu d'un forfait A.

Ce grief est établi et n'est par ailleurs pas contesté.

d. Monsieur W. (époux V.) :

Il est reproché à Madame A. d'avoir porté en compte à l'assurance soins de santé des prestations 425294 (codes NPS de semaine) 425692 (codes NPS de weekend) non conformes.

Le SECM a comparé les échelles de Katz données par Madame A. avec les échelles données par le médecin-inspecteur sur la base de ses observations lors de l'audition et de la consultation du dossier infirmier.

Madame A. arrivait à un forfait B.

Lors de son audition le 23 octobre 2019, Madame A. a marqué son accord sur le forfait A retenu par le SECM.

Ce grief est donc fondé.

e. Madame J. :

Il est reproché à Madame A. d'avoir porté en compte à l'assurance soins de santé des prestations 425294 (codes NPS de semaine) 425692 (codes NPS de weekend) non conformes.

Madame A. avait attribué un forfait B à Madame J.

Elle marque son accord sur le forfait A retenu par le SECM, l'incontinence de Mme J. n'étant qu'occasionnelle.

Ce grief est donc établi.

f. Madame L. (épouse de M. K.) :

Il est reproché à Madame A. d'avoir porté en compte à l'assurance soins de santé des prestations 425294 (codes NPS de semaine) 425692 (codes NPS de weekend) non conformes.

Madame A. avait attribué un forfait B à Madame L.

Une cotation de T7 a été attribuée par le SECM sur base des critères suivants :

- S'habiller : la cote de 1 a été attribuée selon la déclaration de la bénéficiaire, elle dispose de son autonomie pour s'habiller et se déshabiller.
- Transfert et déplacement la cote de 2 a été attribuée car la bénéficiaire peut se déplacer à l'aide d'une canne à l'intérieur et à l'extérieur, véhiculée par son époux lors de déplacements extérieurs (à titre d'exemple les achats ménagers).
- Aller à la toilette : la cote 1 a été attribuée car la bénéficiaire peut se déshabiller et s'essuyer et se rhabiller.

Madame A. conteste cette cotation. Elle indique :

« (...) R SL : j'effectue une douche quotidienne dans la salle de bain, je dois insister certains jours en raison de l'ébriété et le caractère abandonnique de la patiente.

Je l'habille complètement, je lui met un lange.

Chaque jour son lange est rempli d'urine et parfois de selles.

R SL : les cotations sont pour s'habiller 4 , transfert et déplacement 2 bien que je dois la porter jusque dans la salle de bain certains jours.(...) »

Nous consultons les directives des SSS il s'agit bien d'une cotation 2 pour transfert et déplacement.

*Son linge est toujours souillé lors de mes prestations quotidiennes.
Je marque mon désaccord sur vos cotations de T7, pour moi il s'agit d'un forfait A. »*

Comme relevé ci avant il n'existe aucun motif d'écarter les déclarations de Monsieur K.

Il y a donc lieu de confirmer la cotation T7 et le calcul de l'indu différentiel par le SECM.

g. Madame X. :

Il est reproché à Madame A. d'avoir porté en compte à l'assurance soins de santé des prestations 425294 (codes NPS de semaine) 425692 (codes NPS de weekend) non conformes.

Madame A. avait attribué un forfait A à Madame X.

Une cotation de T7 a été attribuée par le SECM sur base des critères suivants :

- Transfert et déplacement la cote de 2 a été attribuée car la bénéficiaire peut se déplacer à l'aide d'un déambulateur à l'intérieur et à l'extérieur, véhiculée par un tiers en déplacements extérieurs (les courses ou visites médicales), mais elle peut aussi se déplacer en transport en commun (arrêt de bus en face de l'immeuble).
- Aller à la toilette : la cote 1 a été attribuée car la bénéficiaire peut se déshabiller et s'essuyer et se rhabiller, elle vit seule.
- Continence : la cote 2 a été attribuée car la bénéficiaire déclare des épisodes de diarrhées, porte par précaution une culotte linge la nuit.

A la consultation du dossier infirmier concernant l'année 2018, il n'est fait mention que d'un épisode de fuite urinaire ou problème diarrhéique.

Madame A. conteste cette cotation :

*« Madame X. est extrêmement dépressive et est tout le temps malade. Elle passe ses journées couchée dans le lit.
Elle ne marche quasi pas et a juste dit qu'elle peut prendre le bus occasionnellement, ce qui n'est évidemment pas prouvé.
D'ailleurs, les aides ménagères doivent l'accompagner partout pour ses déplacements.
Par ailleurs, en ce qui concerne la continence, Madame A. maintient le critère 3. En effet, Madame X. porte des langes quasi en permanence et elle dit elle-même que lorsqu'elle va seule à la toilette, elle arrive souvent trop tard.
Cela correspond donc bien au critère 3 : Le patient présente en permanence un comportement inadapté lors de l'élimination de l'urine ou défécation (Sic) et le patient présente une perte involontaire d'urine ou défécation (Sic) de façon permanente... ».*

Les constatations et conclusions du SECM quant à la cotation T7 sont étayées par l'audition de Madame X. laquelle déclare avoir souvent la diarrhée, elle confirme aller seule à la toilette et arriver parfois trop tard. Il ne s'agit donc pas d'un comportement inadapté en permanence.

La cotation 2 pour la continence doit donc bien être maintenue, ainsi que la cotation 1 pour aller à la toilette.

Il y a donc lieu de confirmer la cotation T7 et le calcul de l'indu différentiel par le SECM.

h) Madame Y. :

Il est reproché à Madame A. d'avoir porté en compte à l'assurance soins de santé des prestations 425294 (codes NPS de semaine) 425692 (codes NPS de weekend) non conformes.

Madame A. avait attribué une cotation de forfait B à Madame Y.

Une cotation de T7 a été attribuée par le SECM sur la base des critères suivants :

- Transfert et déplacement la cote de 1 a été attribuée car la bénéficiaire peut se déplacer à l'intérieur et à l'extérieur dans les environs proches (coiffeuse , Croix-Rouge), véhiculée par un tiers lors de déplacements extérieurs (les courses, visites médicales).
- Aller à la toilette : la cote 1 a été attribuée car la bénéficiaire peut se déshabiller et s'essuyer et se rhabiller, dispose de son autonomie, patiente droitrière.
- Continence : la cote 2 a été attribuée car la bénéficiaire présente des épisodes de fuites urinaires occasionnelles (miction imminente) et porte par précaution une culotte linge. A la consultation du dossier infirmier concernant l'année 2018, il est fait mention de quelques très rares épisodes de fuite urinaire, ce qui correspond tout à fait aux déclarations de l'assurée.

Lors de son audition le 23 octobre 2019, Madame A. a justifié l'octroi du Forfait B en raisons de difficultés psychosociales : « *En ce qui concerne les transferts/déplacements, Madame Y. est dépendante dans les moments où elle est en phase dépressive, de plus, pour les toilettes, elle présente un phénomène d'incontinence journalier et parfois ses langes doivent être même être changés 2 fois par jour.* »

Le SECM rappelle à juste titre que l'utilisation d'une tribune correspond à un score 2 pour le critère « *Transfert/ déplacement* », ce qui rend de toute façon impossible l'accord d'un forfait B qui nécessite un score minimal de 3 pour ce critère.

De ce fait, même en cas d'attribution d'un score 3 pour le critère « *Incontinence* », seul un T7 peut être porté en compte.

Ce grief est donc fondé.

Il découle de ce qui précède que le grief 2 est établi pour tous les cas retenus dans la note de synthèse pour un indu total de **49.789,02 €**.

2.3.4. Grief 3 basé sur l'article 73bis, 2° de la loi ASSI : prestations non conformes - dossiers infirmiers absents ou incomplets

Le grief reproché concerne 9 bénéficiaires aux noms desquels des honoraires pour des consultations infirmières codes NPS 429015 ont été portés en compte à l'assurance

soins de santé et indemnités (ASSI) et ce alors que les protocoles de consultations infirmiers ne sont pas inclus dans le dossier infirmier, en contrariété avec l'article 8, §4bis de la NPS.

Le grief s'établit sur :

- l'analyse des dossiers infirmiers déposés au SECM de Namur, en date du 25 septembre 2019, contre récépissé de saisie. Les rapports de consultation infirmière de l'année 2018 sont absents pour 9 patients ;
- L'analyse des données informatisées authentifiées transmises par les différents OA conformément au prescrit de l'article 138 de la LC.

Madame A. conteste ce grief. Elle soutient notamment que la contrôlease ne lui a jamais demandé ces rapports et que les dossiers infirmiers ont été saisis en date du 25 septembre 2019 et qu'ils sont bien existants.

Comme l'a relevé le premier juge, Madame A. semble confondre le dossier infirmier en lui-même, dont l'existence a bien été constatée par le SECM, avec le protocole de consultation infirmière qui fait partie intégrante du dossier infirmier mais dont l'absence a été constatée dans les 9 dossiers en question.

Madame A. prétend en disposer mais n'a jamais produit ces protocoles de consultation infirmière en cours d'instance.

Les dossiers infirmiers concernés sont donc incomplets.

Le grief est établi et l'indu s'élève à **229,32 €**.

L'indu total pour les trois griefs mis à charge est donc établi à concurrence de **84.324,85€** (34.306,51 € +49.789,02 € + 229,32 €).

3. Quant à la sanction :

3.1) Infractions - amende administrative :

3.1.1) Eléments constitutifs des infractions – principes :

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.

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

S'agissant d'une infraction non intentionnelle de nature réglementaire, l'élément moral ne requiert ni intention ni imprudence, une telle infraction est punissable par le seul fait de la transgression de la norme légale ou réglementaire pourvu que cette transgression soit commise librement et consciemment (Cass., 03.10.1994, JT 1995, p.25).

Si le prestataire allègue avec vraisemblance une cause de justification, il appartient au SECM de démontrer que cette cause de justification n'existe pas, ce n'est donc pas au praticien de démontrer l'existence de celle-ci.

L'erreur ou l'ignorance ne peuvent être retenues comme causes de justification que lorsqu'elles sont invincibles, c'est-à-dire lorsqu'il peut se déduire de circonstances que l'auteur de l'infraction a agi comme l'aurait fait toute personne raisonnable et prudente placée dans les mêmes circonstances. Elle affecte le caractère conscient de l'acte.

La complexité de la législation sociale en vigueur ne peut être considérée comme source d'erreur invincible (CT Liège, 08.11.2010, RG 36410/09, www.juridat.be).

De même la seule constatation que l'auteur de l'infraction ait été mal conseillé, fût-ce par une personne qualifiée, ne suffit pas en soi pour que l'erreur soit considérée comme étant invincible ; il appartient au juge d'apprécier en fait si pareil avis a induit l'auteur de l'infraction dans un état d'erreur invincible. (Cass. 01.10.2002, RG P011006N, www.juridat.be ; Cass 29.04.1998, JLMB 1999, p. 231).

En application de l'article 157 de la loi coordonnée le 14.07.1994, un sursis d'une durée de 1 à 3 ans peut être accordé lorsque dans les trois ans précédant le prononcé, aucune amende administrative n'a été infligée ou aucune demande de remboursement de prestation indue n'a été introduite.

Sous réserve du respect de cette condition, l'octroi d'un sursis est laissé à l'appréciation souveraine de la juridiction administrative.

3.1.2) Application au cas d'espèce :

Il appartient au SECM de démontrer la réunion dans le chef de Madame A. des éléments constitutifs des infractions faisant l'objet du grief litigieux.

Comme relevé ci-avant, l'élément matériel propre à chacune des infractions est bien établi.

L'élément moral est également établi, le non-respect de la nomenclature des prestations de santé ayant été commis librement et consciemment par Madame A. l'éventuelle bonne foi de même que l'absence d'intention frauduleuse de cette dernière étant sans incidence sur l'existence de l'élément moral.

Un prestataire de soins a par ailleurs un devoir de rigueur, de vigilance et de probité et il doit s'informer sur ses obligations légales ainsi que sur les directives relatives aux échelles de Katz que Madame A. ne pouvait prétendre méconnaître.

La circonstance qu'elle n'ait jamais été sanctionnée dans le passé ne constitue pas non plus une erreur invincible.

En sa qualité d'infirmière expérimentée, Madame A. était justement à même plus que quiconque, de se rendre compte qu'elle devait respecter scrupuleusement la nomenclature et tenir un dossier infirmier complet et à jour.

C'est donc à juste titre que la Chambre de première instance a estimé que les infractions avaient bien été commises par Madame A. et lui étaient imputables et qu'aucune erreur invincible ne pouvait être retenue dans son chef.

3.1.3) Hauteur de la peine :

La sanction prévue à l'article 142, § 1^{er}, al. 1, 1° de la loi ASSI, soit pour les prestations non effectuées, est une amende administrative comprise entre 50 % et 200 % du montant de la valeur des prestations concernées.

La sanction prévue à l'article 142, § 1^{er}, al. 1, 2° de la loi ASSI, soit pour les prestations non conformes, est une amende administrative comprise entre 5 % et 150 % du montant de la valeur des prestations concernées.

Il ressort de l'échelle des peines rappelée ci-avant que les infractions relatives à des prestations non effectuées sont sanctionnées plus durement que celles relatives à des prestations non conformes.

Sur une période de 18 mois (du 31/7/2017 au 31/1/2019) Madame A. a attesté pas moins de 1.301 prestations non effectuées pour un montant indu de 34.306,51 euros.

A cet égard c'est à juste titre que le premier juge a pu considérer qu'il s'agit d'un montant très important justifiant une amende sévère, soit :

- Pour le 1^{er} grief, une amende correspondant à 150 % de l'indu de 34.306,51 euros soit 51.459,77 euros ;
- Pour les griefs 2 et 3, une amende correspondant à 100% de l'indu de 50.018,34 euros ;

Ces sanctions apparaissent justes et proportionnées au vu notamment :

- De la gravité des infractions ;
- De la longueur de la période infractionnelle qui s'étend sur plusieurs mois ;
- De l'importance de l'indu ;
- De l'absence de tout remboursement volontaire de l'indu ;
- De l'absence de rigueur dans la tenue des dossiers des patients ;
- Du peu d'égard de Madame A. quant au respect de la législation : les dossiers infirmiers sont incomplets et les échelles de Katz sont surscorées ;
- De la longue expérience de Madame A. (plus de 25 ans).

3.1.4) Le sursis :

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 au sein ou auprès de l'Institut (article 157 de la loi ASSI).

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

En l'espèce et compte tenu de l'absence d'antécédents dans le chef de Madame A., c'est à juste titre que le premier juge a pu considérer qu'il y avait lieu d'assortir les amendes administratives d'un **sursis partiel**, pendant un délai d'épreuve de **3 ans**, fixé à :

- **un tiers** de l'amende relative au 1^{er} grief, soit une amende effective de 34.306,51

euros et une amende avec sursis de 17.153,26 euros ;
- **la moitié** de l'amende relative aux griefs 2 et 3, soit une amende effective de 25.009,17 euros et une amende avec sursis de 25.009,17 euros.

3.1.5) Article 156 de la loi coordonnée le 14.07.1994 :

Pour le surplus il convient de rappeler qu'en application de l'article 156§1 de la loi coordonnée le 14.07.1994, 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.

4) Intérêts :

Selon l'article 156, §1^{er}, al. 2, les sommes dues sont payées dans les trente jours de la notification des décisions visées à l'alinéa 1^{er}.

A défaut de paiement dans ce délai, les sommes restant dues produisent de plein droit des intérêts au taux légal en matière sociale, tel que prévu à l'article 2, §3 de la loi du 05.05.1865 relative au prêt à intérêt, à compter de l'expiration de ce délai (art.156, §1^{er}, al. 2, de la loi ASSI tel que modifié par l'article 26 de la loi du 17 juillet 2015 portant dispositions diverses en matière de santé).

5) Article 156 de la loi coordonnée le 14.07.1994 :

Pour le surplus il convient de rappeler qu'en application de l'article 156§1 de la loi coordonnée le 14.07.1994, 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.

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

6) Termes et délais :

Le juge a la faculté, nonobstant toute clause contraire, et en usant de ce pouvoir avec une grande réserve, d'accorder des délais pour le paiement de la dette suivant les circonstances au débiteur malheureux et de bonne foi.

En l'espèce, il échet de constater que Mme A. s'acquitte des montants dus à concurrence de la somme mensuelle de 3000 euros depuis le 27.07.2023.

Ce montant apparaît raisonnable.

Il échet par conséquent de faire droit à la demande de termes et délais à concurrence des montants repris en terme de dispositif.

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, des Docteurs Marie-Anne RAIMONDI et Eric VAN UYTVEN, de Madame Jacqueline ORBAN et Monsieur Claude DECUYPER, membres ;

Après en avoir délibéré et statuant contradictoirement à l'égard des parties ;

Les Docteurs Marie-Anne RAIMONDI et Eric VAN UYTVEN, Madame Jacqueline ORBAN et Monsieur Claude DECUYPER 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 Madame A. recevable mais non fondé et par conséquent l'en déboute ;

Par conséquent,

Confirme la décision entreprise en toutes ses dispositions ;

Statuant par voie de dispositions nouvelles :

Autorise Mme A. à se libérer des condamnations prononcées à sa charge par des paiements mensuels de 3000 euros qui seront effectués le premier de chaque mois et pour la première fois le mois suivant le prononcé de la présente décision et ainsi de suite de mois en mois jusqu'à parfait paiement.

Dit qu'à défaut d'un paiement à son échéance, le solde restant dû de la dette concernée sera de plein droit entièrement exigible sans qu'il soit besoin de mise en demeure.

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, des Docteurs Marie-Anne RAIMONDI et Eric VAN UYTVEN, Madame Jacqueline ORBAN et Monsieur Claude DECUYPER.

La présente décision est prononcée à l'audience du 26 avril 2024 par Monsieur Emmanuel MATHIEU, président, assisté de Madame Françoise DELROEUX, greffière.

Françoise DELROEUX
Greffière

Emmanuel MATHIEU
Président