

DECISION DE LA CHAMBRE DE RECOURS DU 12 SEPTEMBRE 2024

Numéro de rôle FB-006-23

EN CAUSE DE : **Monsieur A.**

Et SRL B.

Parties appelantes, comparaisant par Me C., avocate dont le cabinet « D. » est sis ... ;

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

Partie intimée, représentée par le Docteur E., médecin-inspecteur-directeur et par Madame F., juriste.

1. PROCEDURE

Le dossier de la Chambre de recours contient notamment les pièces suivantes :

- La décision rendue par la Chambre de première instance le 22 juin 2023 ;
- La requête d'appel déposée par Monsieur A. au greffe le 14 septembre 2023 ;
- Les conclusions en réponse du SECM, entrées au greffe le 24 novembre 2023 ;
- Les conclusions en réplique de Monsieur A., entrées au greffe le 23 février 2024 ;
- Les conclusions additionnelles déposées par l'INAMI le 25 mars 2024.

Lors de l'audience du 30 mai 2024, la Chambre de recours a entendu les parties.

2. OBJET DE L'APPEL - PRETENTIONS DES PARTIES

Monsieur A. interjette appel de la décision du 22 juin 2023 de la Chambre de première instance (rôle général n° FA-009-22).

Selon ses dernières conclusions, il demande à la Chambre de recours de :

- Dire le recours recevable et fondé ;
- Réformer la décision de la Chambre de première instance du 22 juin 2023 ;
- Dire que les griefs n°1 concernant Monsieur G. et n°3 concernant Madame H. ne sont pas établis ;
- Annuler les sanctions administratives mises à charge de Monsieur A. et, de ce fait, mettre à néant la sanction prononcée ;
- Rembourser à la SRL B. la somme de 8.073,04 € versée indûment le 21 décembre 2022 ;

- *A titre subsidiaire*, sur la base des articles 877 et suivants du Code judiciaire, solliciter auprès de la direction médicale de l'hôpital de ..., le dossier médical de Madame H. pour la période d'avril 2018 au 31 décembre 2018 ;
- *A titre très subsidiaire*, accorder à Monsieur A. un sursis total pour les amendes qui seraient maintenues à son encontre sur la base de l'article 157 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994.

Le SECM demande à la Chambre de recours de confirmer la décision de la Chambre de première instance prononcée le 22 juin 2023.

3. FAITS ET ANTECEDENTS

➤ Les faits

Monsieur A., actuellement âgé de 61 ans, est infirmier breveté, diplômé en 1995. Il a travaillé 2 ans en maison de convalescence, 3 ans en médecine du travail, et 3 ans en hôpital - bloc opératoire.

Il travaille en soins à domicile depuis plus ou moins 15 ans. Il est indépendant en activité principale. Il est le gérant de la SRL B. Il facture via ce groupement. Au moment de l'enquête, il était le seul prestataire du groupement.

À la suite d'une enquête, le SECM a constaté diverses infractions à la législation. Par un procès-verbal du 6 avril 2021, cinq griefs ont ainsi été constatés :

- 1) Des prestations – toilettes et pansements – n'ont pas été effectuées pour deux assurés sociaux (Monsieur G. et Monsieur I.) ;
- 2) Des toilettes complètes n'ont pas été réalisées pour un assuré social (Monsieur I.) à concurrence de 59 prestations ;
- 3) Un forfait B a été demandé pour une assurée sociale (Madame H.) qui ne remplissait pas les conditions, à concurrence de 217 prestations ;
- 4) Des dossiers infirmiers incomplets ont été constatés pour neuf assurés sociaux ;
- 5) Des soins de plaies spécifiques ont été attestés à la place de soins de plaies complexes pour un assuré social (Monsieur I.) à concurrence de 42 prestations.

Ce premier procès-verbal a été modifié par un second du 9 juillet 2021, qui a réduit le quatrième grief aux dossiers de trois assurés sociaux.

Monsieur A. a communiqué ses moyens de défense par un courrier du 28 avril 2022 suite à la lettre recommandée adressée par le SECM le 8 février 2022. Il a contesté:

- le grief n°1 en ce qui concerne Monsieur G. (« *homme très digne et fier qui n'a probablement jamais fait état dans son entourage qu'il ne savait plus faire sa toilette lui-même* ») ;
- le grief n°3, Madame H. remplissant selon lui les conditions ;
- le grief n°4 pour les trois derniers assurés sociaux, un dégât des eaux ayant détruit tous ses dossiers en novembre 2020.

Il ne contestait pas le grief n°1 en ce qui concerne Monsieur I., le grief n°2 et le grief n°5.

➤ La décision du Fonctionnaire-dirigeant

Par décision du 27 juin 2022, le Fonctionnaire-dirigeant:

- Déclare les griefs établis à l'exception du grief 4 ;
- Condamne solidairement Monsieur A. et la SPRL B. à rembourser la valeur des prestations indues s'élevant à 12.003,02 € ;
- Condamne Monsieur A. à payer une amende de 150% de la valeur des prestations non effectuées reprises au grief 1 (8.895,88 €), soit une sanction 13.343,82 € ;
- Condamne Monsieur A. à payer une amende de 100% de la valeur des prestations non conformes reprises aux griefs 2, 3 et 5 (3.107,14 €) dont la moitié assortie d'un sursis de 3 années, soit une sanction effective de 1.553,57 € ;
- Dit qu'à défaut de paiement des sommes dues dans les trente jours de la notification de la présente décision, des intérêts au taux légal en matière sociale, tel que prévu à l'article 2, §3, de la loi du 5 mai 1865 relative au prêt à intérêt, seront dus, de plein droit, à compter de l'expiration du délai précité.

➤ La décision de la Chambre de première instance

Monsieur A. et la SRL B. ont contesté cette décision du Fonctionnaire-dirigeant par une requête du 1^{er} août 2022.

Lors de l'audience du 27 avril 2023 devant la Chambre de première instance, il a été précisé que l'indu relatif aux griefs n°2 et 5 avait déjà été remboursé. Celui relatif au grief n°4 l'avait été par erreur.

Par décision du 22 juin 2023, la Chambre de première instance:

- Déclare la demande non fondée ,
- Confirme la décision prise le 27 juin 2022 par le Fonctionnaire-dirigeant du SECM dans toutes ses dispositions ,
- Prend acte du fait que la SRL B. a déjà remboursé la somme de 8.622,36 €, à déduire de l'indu s'élevant à 12.003,02 €.

4. RECEVABILITE DE L'APPEL

4.1. Principes

A peine d'irrecevabilité, un recours peut être introduit devant la Chambre de recours dans le mois, à compter de la notification de la décision de la Chambre de première instance, selon l'article 156, § 2, alinéa 1, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

Le délai prend cours le premier jour ouvrable qui suit celui où le pli recommandé, avec accusé de réception, a été présenté au domicile du destinataire ou, le cas échéant, à sa résidence ou à son domicile élu, selon l'article 156, § 2, alinéa 1, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

Selon l'article 20 du Règlement de procédure précité, le greffe notifie, dans les huit jours qui suivent le prononcé de la décision, par envoi recommandé ou au moyen des services électroniques, une copie de la décision aux parties. La notification fait mention de la possibilité d'introduire un recours devant une Chambre de recours si la décision notifiée a été prononcée par une Chambre de première instance ou un recours en cassation administrative devant le Conseil d'Etat, section du contentieux administratif si la décision notifiée émane d'une Chambre de recours. **Si le délai de recours prend cours et expire entre le 1^{er} juillet et le 31 août, il est prorogé jusqu'au 15 septembre de l'année en cours.** Toutefois, cette disposition ne s'applique pas au délai de recours en cassation administrative devant le Conseil d'Etat.

4.2. En l'espèce

La décision de la Chambre de première instance du 22 juin 2023 a été notifiée par pli recommandé par le greffe à Monsieur A. et à la SRL B. le 23 juin 2023. Le pli recommandé a été présenté au domicile de Monsieur A. le 30 juin 2023 et celui-ci l'a retiré au point d'enlèvement le 14 juillet 2023. Il en va de même concernant le courrier notifié à la SRL B.¹.

Le délai de recours a dès lors pris cours le 1^{er} juillet 2023 et devait expirer le 31 juillet 2023. En application de l'article 10 du règlement de procédure, le délai de recours a été prorogé jusqu'au 15 septembre 2023.

La requête d'appel a été déposée le 14 septembre 2024, soit dans le délai légal. Le recours est recevable.

5. POSITION DE LA CHAMBRE DE RECOURS

5.1. Rappel des dispositions applicables

L'article 73bis de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (ci-après dénommé la loi ASSI) prévoit 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;

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 (...) »

¹ Voir les trackings de BPost dans le dossier de procédure

Le dispensateur de soins qui porte en compte à l'assurance soins de santé des prestations non effectuées (article 73bis, 1°) et/ou non conformes (article 73bis, 2°) est sujet au remboursement de la valeur des prestations concernées, conformément à l'article 142, §1er, 1° et 2°, de la loi ASSI.

Il suffit que les éléments matériels constitutifs d'une infraction « *réalité* » ou « *conformité* », basée sur l'article 73bis de la loi ASSI, soient établis pour entraîner une obligation de remboursement de l'indu, sans qu'un élément moral (être animé d'une volonté délictueuse, ne pas faire preuve de bonne foi, agir librement et consciemment, etc.) ne soit requis.

En ce qui concerne les modalités de remboursement de l'indu en application de l'article 142, l'article 164, alinéa 2 de la loi ASSI prévoit que :

*« En régime du tiers payant, les prestations de l'assurance soins de santé payées indûment sont remboursées par le dispensateur de soins qui ne s'est pas conformé aux dispositions légales ou réglementaires. **Lorsque les prestations ont été perçues, pour son propre compte, par une personne physique ou morale, celle-ci est solidairement tenue au remboursement avec le dispensateur de soins.** (...)»*

5.2. Examen de la matérialité des infractions reprochées

5.2.1. En ce qui concerne le 1^{er} grief

➤ **Grief retenu par le SECM**

Le SECM a retenu un 1^{er} grief concernant des prestations non effectuées pour 2 assurés :

- 1) Monsieur G. : Selon les déclarations obtenues dans le cadre de l'enquête, le SECM considère que la toilette et les pansements n'ont pas été réalisés pour cet assuré. De plus, l'absence de dossiers infirmiers du prestataire empêche de vérifier si les prestations ont été réalisées. Les prestations reprochées sont : 424336 (soins de plaie(s) simples), 424491 (soins de plaie(s) simples), 425014 (première prestation de base de la journée de soins), 425110 (soins d'hygiène), 425272 (FA, vu que la toilette n'a pas été réalisée), 425294 (FB, vu que la toilette n'a pas été réalisée), 425412 (première prestation de base de la journée de soins), 425515 (soins d'hygiène), 425670 (FA, vu que la toilette n'a pas été réalisée), 425692 (FB, vu que la toilette n'a pas été réalisée) - 586 prestations sont concernées, pour la période du 08 mars 2018 au 30 juin 2019. L'indu pour l'ASSI s'élève 8.838,76 €. Il s'agit d'un indu total.
- 2) Monsieur I. : 14 prestations (toilettes) sont concernées, pour la période allant du 1^{er} au 31 janvier 2019. L'indu pour l'ASSI s'élève à 57,12€. Monsieur A. ne conteste pas ce grief.

Concernant Monsieur G., le SECM s'est basé sur les éléments suivants :

- PVA de Monsieur G. (né en 1927), en date du 22 janvier 2020 : « *Le Dr J. nous suivait moi et ma femme depuis plusieurs années. A domicile, j'ai eu un infirmier, Monsieur A., qui venait chez moi. Il prenait la tension, me prenait l'oxygène au doigt, faisait quelques courses pour moi. Il me massait aussi avec du Fucicort dans le dos pour mes démangeaisons. [...] L'infirmier a continué avec moi pendant 1 an. L'infirmier ne faisait que des soins de jambes chez mon épouse. Pas de toilettes. Pour moi non plus, il me faisait pas de toilettes mais bien ce que je vous ai dit plus haut. Je n'ai pas eu de*

kiné. [...] Il est arrivé que M. A. prenne ma carte d'identité et me la rende le lendemain. [...] Je n'ai jamais eu besoin de canne ou de gadot. Je suis juste tombé quelques fois un peu avant mon hospitalisation. Un mois avant peut-être. Je suis incontinent des urines depuis mes 90 ans, mais pas des selles. » ;

- Rapport d'entretien téléphonique avec le Docteur J., médecin traitant de Monsieur G. (à l'époque), en date du 16 mars 2021 : « EB : Je vous contacte concernant un patient : Monsieur G. NRN Fait-il partie de votre patientèle ? J. : Oui, il a été mon patient mais je ne le voyais pas beaucoup. Je voyais surtout son épouse. Lui, je le voyais surtout pour des renouvellements de prescriptions médicales. Je le voyais à domicile. Son épouse avait surtout des soins infirmiers à domicile mais pour le mari je n'ai pas de souvenir d'avoir eu des prescriptions de soins ou quoi que ce soit. Je ne pense même pas qu'il ait eu des toilettes ou quoi que ce soit. Il était en bonne santé. EB : Pouvez-vous me dire si ce monsieur a reçu des soins infirmiers avant d'entrer en maison de repos, en 2018 ? J. : Pas que je me souviens, non. EB : Ce monsieur souffrait-il de démence ? J. : Pas quand je l'ai connu. Il était déjà âgé mais pas de problème de démence à l'époque, jusqu'en 2018 peut-être. Je ne les avais plus comme patient largement avant la crise COVID. Je pense l'avoir vu la dernière fois il y a à peu près trois ans. EB : Pouvez-vous me dire si Monsieur G., en 2018, était capable : - De se lever seul de son lit et/ou fauteuil ? - Souffrait d'incontinence ? Totale (selles et urines) ? Accidentelle ? J. : Oui, il était autonome. Il savait marcher. Il était capable de se lever, il venait m'ouvrir la porte. Il conduisait encore sa voiture pour faire ses courses, je pense. Il marchait seul, sans déambulateur. Je ne sais pas s'il avait de l'incontinence mais pas dans mes souvenirs. Je ne m'en rappelle pas comme une personne avec une protection. » ;

- PVA de Monsieur A., en date du 8 mars 2021 : « [...] Je me suis occupé de sa femme. Il était assez âgé, ce monsieur. Ils vivaient à 2. Elle a été placée et lui s'est retrouvé seul. Il n'était pas dément. Il y avait des dépendances au niveau des soins infirmiers mais il ne les voyait pas, par fierté je pense. Je faisais la toilette, tous les jours. Il y a eu des problèmes de plaies mais je n'ai plus les documents vu mon dégâts des eaux Il y a eu des collyres, pour un glaucome, c'était des gouttes Je contrôlais sa tension aussi car il avait des vertiges Tous les soins étaient à la demande du médecin d'ailleurs, il était content que tout ça pouvait être fait car il était aussi face au déni du patient. Je ne sais plus qui était son médecin. Il avait des vertiges et il a fait des chutes. Il savait se lever seul et puis il avait un vertige après et il chutait. Il ne voulait pas utiliser d'aide mécanique ni le lift installé chez lui pour monter à l'étage. Au niveau des plaies, c'étaient des plaies de type ulcéreuse ou abrasion suite aux chutes. Incontinence fécale et urinaire passager, variable. J'amenais des protections, des langes et culottes. Vous me demandez si le patient pouvait se laver seul. Un moment il a pu mais il s'est dégradé au fur et à mesure. Au début de ma prise en charge, il refusait parfois certaines prises en charge. Il y a eu des applications de pommade suite à une réaction allergique. Application de pommade à base de cortisone. Ensuite, nécessité d'hydrater à la demande du médecin. J'ai commencé par des soins de plaies puis il y a eu une période où il n'était pas bien du tout. Ensuite, cela s'est amélioré. J'ai adapté le forfait en fonction de son état. »

➤ **Position de Monsieur A.**

Monsieur A. conteste le 1^{er} grief en ce qui concerne Monsieur G. Il considère que le SECM ne peut se baser sur les déclarations de Monsieur G., âgé de 90 ans lors de son audition, et trop fier pour avouer qu'il était aidé pour sa toilette, et du docteur J., dont le témoignage est imprécis et qui semble concerner une période antérieure à la période litigieuse. Il invoque également un cas de force majeure concernant les dossiers infirmiers vu les dégâts des eaux intervenus à son domicile où il les conservait.

➤ **Position de la Chambre de recours**

La Chambre de recours considère que le grief concernant Monsieur G. n'est pas suffisamment établi par le dossier d'enquête pour les motifs suivants :

- Monsieur A. est dans l'impossibilité de produire le dossier infirmier de Monsieur G. pour des raisons indépendantes de sa volonté, ce dossier ayant été détruit lors de dégâts des eaux. Le SECM a accepté ce fait comme cause de justification pour le grief 4. Or, ce dossier aurait permis de vérifier les prestations accomplies (et plus précisément les toilettes) pour ce patient ;
- L'audition de Monsieur G. a eu lieu en 2020, alors qu'il était déjà âgé de 93 ans, et pour des faits relatifs à plus de 2 ans auparavant ;
- Dans son audition, Monsieur G. reconnaît qu'il est incontinent depuis ses 90 ans, ce qui confirme la déclaration de Monsieur A. selon laquelle il amenait des protections ;
- Le docteur J. n'atteste pas ne jamais avoir prescrit de toilettes pour Monsieur G. Il dit qu'il ne se souvient pas si Monsieur G. a eu des toilettes. Il précise qu'il ne le connaissait pas beaucoup.
- Par ailleurs, la période litigieuse s'étend du 13 avril 2018 au 1^{er} juillet 2019. Or, le Docteur J. déclare en 2021 : « *Ce monsieur souffrait-il de démence à l'époque ? Pas quand je l'ai connu. Il était déjà âgé mais pas de problème de démence à l'époque, jusqu'en 2018 peut-être. Je ne les avais plus comme patient largement avant la crise COVID. Je pense l'avoir vu la dernière fois il y a à peu près trois ans* ». Il ne semble donc pas l'avoir vu depuis début 2018 ;
- Vu l'âge de Monsieur G. et le fait que le docteur J. semblait ne pas très bien le connaître, il n'est pas exclu que les toilettes aient pu être prescrites par un autre médecin.

La décision de la Chambre de première instance sera dès lors réformée sur ce point.

5.2.2. En ce qui concerne le grief 3

➤ **Grief retenu par le SECM**

Le SECM a considéré que, pour l'assurée Madame H., il y a eu surscorage de l'échelle de Katz puisque Monsieur A. a attesté des forfaits B pour cette assurée alors que le FB ne correspondait pas à l'état de l'assurée à partir du 9 mai 2018 jusqu'au 31 décembre 2018.

Pour correspondre à un forfait B, la patiente devait au moins avoir un score de « 3 » pour un des deux items suivants : « *Transferts et déplacements* » et/ou « *Aller à la toilette* ».

Or, d'après ses déclarations, Madame H. marchait avec une aide mécanique (item « *Transferts et déplacements* », score 2). Elle n'avait pas besoin de l'aide du prestataire ou d'un tiers pour au moins un de ses transferts. Par ailleurs, Monsieur A. n'a signalé aucun souci chez la patiente pour se rendre à la toilette (item « *Aller à la toilette* », score « 1 »).

Dans ce cas, avec une échelle de Katz remplie avec des scores de 4 pour les items « *Se laver* » et « *S'habiller* », un score de 2 pour l'item « *Transferts et déplacements* », un score de 1 pour l'item « *Aller à la toilette* », un score de 3 pour l'item « *Incontinence* » et un score de 1 pour l'item « *Manger* », l'état de la patiente correspond à des soins d'hygiène (toilette à l'acte) à raison de 7 jours semaine pour cette période.

Le tableau récapitulatif de ce grief reprend les 217 prestations « Forfait B » avec le calcul différentiel par rapport à des soins d'hygiène 1x/jour, le semainier 1x/semaine, la distribution de traitement pour « patient psychiatrique » 1x/jour (les codes 425736 et 425751 ne sont remboursés qu'une seule fois par jour et ne peuvent être cumulés au cours d'une même séance avec aucune autre prestation de l'article 8, sauf une prestation de base), les deux prestations de base pour les deux passages du prestataire ainsi que des soins de plaies complexes (pour les soins de plaies réalisés par le prestataire). L'indu différentiel calcul s'élève à 2.614,94 €.

➤ **Position de Monsieur A.**

Monsieur A. conteste ce grief. Il considère qu'il n'a pas été tenu compte des déclarations de Madame H. qui a indiqué : « *Au retour de l'hôpital, je ne savais pas marcher et l'infirmier devait m'aider à ce niveau. (...)* » et « *A mon retour de l'hôpital, je faisais pareil mais avec la limitation de mouvement évoquée ci-dessus. Cela a duré 4-5 mois avant de récupérer de la mobilité* ».

Selon Monsieur A., eu égard aux déclarations de Madame H., il est incontestable qu'elle avait besoin de l'aide de tiers pour se déplacer puisqu'elle indique, qu'à son retour de l'hôpital, soit le 9 mai 2018, elle ne savait plus marcher seule en raison de sa nécrose au pied gauche. Cette pathologie l'a d'ailleurs conduite à être hospitalisée plusieurs fois durant la période litigieuse, ainsi qu'au-delà de celle-ci. Son état correspondait bien à celui repris sur l'échelle de Katz par Monsieur A., soit un score de « 3 » pour l'item « *Transfert et déplacement* ».

➤ **Position de la Chambre de recours**

Pour correspondre à un forfait B, la patiente devait au moins avoir un score de « 3 » pour un des deux items suivants : « *Transferts et déplacements* » et/ou « *Aller à la toilette* ».

Selon l'article 8, §5, c) de la NPS pour l'item « *Transferts 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.

Il résulte des déclarations de Madame H., du Docteur J., son médecin traitant, et de Monsieur A. lui-même qu'un score 3 pour l'item « *transferts et déplacements* » n'était pas justifié:

- Madame H. a ainsi dit à un inspecteur social le 22 janvier 2020 que « *au retour de l'hôpital je ne savais pas marcher et l'infirmier devait aider à ce niveau. (...) Je me lève du lit*

seule, tôt le matin. Je fais un peu de rangement et de ménage. J'ai aussi un service d'aide familiale pour les tâches quotidiennes. A mon retour de l'hôpital, je faisais pareil (mais avec la limitation de mouvement évoquée ci-dessus). (...) Je savais tout de même m'habiller et aller aux toilettes et je n'ai pas le souvenir d'avoir mis des langes. Il ne fallait pas me faire à manger et me donner à manger. Je cuisine un peu et suis capable de faire différentes préparations. (...) Je me déplaçais difficilement, mais je n'ai jamais eu de gadot ou de chaise roulante. Même au retour de l'hôpital. Il fallait cependant m'aider ».

- Le Docteur J. a déclaré par téléphone à un inspecteur social le 24 mars 2021 que sa patiente « *marche de façon autonome depuis que je la connais sauf quand elle avait la nécrose au niveau des orteils. Elle se déplaçait alors en partie en chaise roulante. Elle était tout de même capable de se lever seule de son lit et de son fauteuil. Elle est dans un logement protégé* ».
- Monsieur A. a déclaré à un inspecteur social le 8 mars 2021 que l'assurée sociale « *claudique par période. Elle se déplace avec une béquille. (...) Elle n'a jamais été grabataire ou en chaise roulante. Je n'ai jamais dû l'assister pour la lever du lit. Elle marchait avec une béquille et claudiquait* ».

La Chambre de recours considère que c'est donc à juste titre que le Fonctionnaire-dirigeant du SECM en a conclu que Madame H. ne présentait pas un score de « 3 » pour les items « *transferts et déplacements* » puisqu'elle n'avait pas besoin d'aide pour se déplacer, et « *aller à la toilette* », ce qui n'est pas contesté par Monsieur A. sur ce dernier point. Il n'est pas nécessaire d'obtenir le dossier médical de cette personne à l'hôpital ..., comme demandé à titre subsidiaire. La Chambre de recours n'aperçoit pas ce que ce dossier pourrait apporter par rapport aux déclarations claires de la patiente et de 2 prestataires de soins qui s'occupaient d'elle au jour le jour alors que l'hospitalisation était limitée dans le temps.

Le grief 3 est donc établi et l'indu différentiel s'élève à 2.614,94 € pour 217 prestations.

5.2.3. Les autres griefs

Dans le grief 2, le SECM reproche à Monsieur A. d'avoir porté en compte de l'assurance soins de santé des forfaits A alors que le nombre de toilettes exigé par la nomenclature des prestations de santé n'était pas respecté pour 1 assuré (Monsieur I.). Il s'agit de 59 prestations pour un **indu différentiel de 297,92 €**. Ce grief n'est pas contesté par Monsieur A.

En ce qui concerne le grief 4, le Fonctionnaire-dirigeant a considéré que celui-ci n'était pas établi eu égard à la destruction des dossiers infirmiers suite au dégât des eaux, retenu par le SECM comme cause de justification.

Pour le grief 5, le SECM a constaté que Monsieur A. avait attesté des soins de plaies spécifiques à la place de soins de plaies complexes. Ce grief concerne 1 assuré pour 42 prestations, à concurrence d'un **indu différentiel de 194,28 €**.

5.2.4. Total de l'indu

Il résulte de ce qui précède que l'indu total à rembourser par Monsieur A. et la SRL B. s'élève à :

- Pour le grief 1 (non effectué) : 57,12 €
- Pour le grief 2 (non conforme) : 291,92 €
- Pour le grief 3 (non conforme) : 2.614,94 €
- Pour le grief 5 (non conforme) : 194,28 €
- TOTAL : **3.158,26 €.**

La décision de la Chambre de première instance sera dès lors partiellement réformée en ce qui concerne l'indu total à rembourser.

5.3. En ce qui concerne l'amende

5.3.1. Principes

Le régime de sanctions applicable aux faits litigieux est repris à l'article 142, §1^{er}, al. 1^{er}, 1° et 2° de la loi ASSI :

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

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

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

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 ou 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 (art 157 de la loi ASSI).

L'octroi du sursis nécessite à tout le moins l'absence, depuis trois ans, d'amende administrative et de demande de remboursement de prestations indues et est laissé à l'appréciation de la Chambre de première instance.

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

5.3.2. En l'espèce

Le Fonctionnaire-dirigeant a condamné Monsieur A. à payer :

- une amende de 150% de la valeur des prestations non effectuées reprises au grief 1 (8.895,88 €), soit une sanction 13.343,82 € ;

- une amende de 100% de la valeur des prestations non conformes reprises aux griefs 2, 3 et 5 (3.107,14 €) dont la moitié assortie d'un sursis de 3 années, soit une sanction effective de 1.553,57 €.

La Chambre de recours considère qu'il y a lieu de confirmer les pourcentages retenus pour les amendes. Toutefois, le montant de ces amendes doit être revu tenant compte du grief qui a été considéré comme non établi dans le cadre de la présente décision soit :

- une amende 150 % de la valeur des prestations non effectuées reprises au grief 1 limité à 57,12 €, soit une amende de 85,68 € ;
- une amende de 100% de la valeur des prestations non conformes reprises aux griefs 2, 3 et 5 (3.107,14 €) dont la moitié assortie d'un sursis de 3 années, soit une sanction effective de 1.553,57 €.

La décision de la Chambre de première instance sera dès lors partiellement réformée en ce qui concerne la sanction.

PAR CES MOTIFS,

LA CHAMBRE DE RECOURS,

Composée de Madame Pascale BERNARD, Présidente, Docteurs Marie-Anne RAIMONDI et Eric VAN UYTVEN, Messieurs Claude DECUYPER et Meidhi DALLATURCA, membres ;

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

Les Docteurs Marie-Anne RAIMONDI et Eric VAN UYTVEN, Messieurs Claude DECUYPER et Meidhi DALLATURCA ayant rendu leur avis sans prendre part à la décision ;

- Déclare l'appel de Monsieur A. recevable et partiellement fondé ;
- Réforme la décision de la Chambre de première instance ;
- Et statuant à nouveau:
 - Dit pour droit que le grief n°1 repris dans la décision du Fonctionnaire-dirigeant n'est pas établi en ce qui concerne Monsieur G. ;
 - Confirme les autres griefs retenus par le Fonctionnaire-dirigeant dans sa décision du 27 juin 2022 ;
 - Limite l'indu relatif aux griefs établis à 3.158,26 € ;
 - Condamne en conséquence solidairement Monsieur A. et la SPRL B. à rembourser la valeur des prestations indues s'élevant à 3.158,26 € ;
 - Condamne Monsieur A. à payer une amende de 150% de la valeur des prestations non effectuées reprises au grief 1 concernant uniquement Monsieur I. (57,12 €), soit une sanction de 85,68 € ;

- Condamne Monsieur A. à payer une amende de 100% de la valeur des prestations non conformes reprises aux griefs 2, 3 et 5 (3.107,14 €) dont la moitié assortie d'un sursis de 3 années, soit une sanction effective de 1.553,57 € ;
- Constate que la SRL B. a déjà remboursé la somme de 8.622,36 € ;
- Dit qu'il y a lieu en conséquence de rembourser à la SRL B. la différence entre cette somme de 8.622,36 € et les sommes dues en exécution de la présente décision ;
- Dit que la présente décision est exécutoire de plein droit par provision nonobstant tout recours.

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 Madame Pascale BERNARD, Présidente, Docteurs Marie-Anne RAIMONDI et Eric VAN UYTVEN, Messieurs Claude DECUYPER et Meidhi DALLATURCA, membres, assistés de Madame Caroline METENS, greffière.

La présente décision est prononcée à l'audience du 12 septembre 2024 par Madame Pascale BERNARD, présidente, assistée de Madame METENS Caroline

METENS Caroline
Greffière

Pascale BERNARD
Présidente