

DECISION DE LA CHAMBRE DE PREMIERE INSTANCE DU 12 AOUT 2011
FA-039-09

Service d'évaluation et de contrôle médicaux, institué au sein de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, établi à 1150 Bruxelles, avenue de Tervueren, 211 ;
Représenté par le Docteur C., médecin-inspecteur et Madame D., attachée ;

Partie requérante,

Madame A.

Infirmière

Représentée par Maître B.;

Partie défenderesse.

I Les faits et la procédure

1.

Madame A. est infirmière, diplômée en 1992. De 1992 à 1994, elle a travaillé pour la Croix jaune et blanche. Elle a travaillé comme infirmière indépendante ensuite, notamment dans le cadre d'une sprl créée en 2002.

Une enquête à son sujet a été initiée par le Service d'évaluation et de contrôle médicaux. Cette enquête s'est basée sur les listings informatiques demandés aux organismes assureurs, sur l'audition de 14 assurés et de deux collaboratrices de madame A..

Madame A. a été entendue les 28 mars 2007. Deux procès-verbaux de constat ont été établis les 9 avril et 1^{er} juin 2007.

2.

Le 23 décembre 2009, le Service d'évaluation et de contrôle médicaux a saisi la Chambre de première instance.

Madame A. a déposé des conclusions le 19 mars 2010 et des conclusions additionnelles le 9 septembre 2010.

Le Service d'évaluation et de contrôle médicaux a déposé des conclusions le 16 juin 2010.

3.

Le Service d'évaluation et de contrôle médicaux, représenté par mesdames C., médecin-inspecteur et D., attachée et madame A., assistée par maître B., ont comparu et été entendus à l'audience publique de la Chambre de première instance du 16 juin 2011, date à laquelle la cause a été prise en délibéré.

II La position du Service d'évaluation et de contrôle médicaux

4.

Par sa requête, le Service d'évaluation et de contrôle médicaux sollicitait :

- que la Chambre constate que les deux griefs formulés à l'égard de madame A. sont établis;
- que la Chambre ordonne la récupération à charge de madame A. des dépenses mises indûment à charge du régime de l'assurance soins de santé en raison de prestations non effectuées ou non conformes, en application de l'article 141, § 5, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994. Il s'agit d'un montant de 30.466,13 euros;
- que la chambre inflige à madame A. une amende administrative correspondant à 150 % de la valeur des prestations non effectuées, soit 2.294,82 euros ;
- que la chambre inflige à madame A. une amende administrative correspondant à 100% de la valeur des prestations non conformes, soit 28.936,25 euros.

Par ses conclusions, le Service d'évaluation et de contrôle médicaux limite sa demande au constat des griefs et à la récupération de l'indu en résultant.

5.

Le premier grief formulé à l'égard de madame A. consiste à avoir porté en compte des prestations non effectuées. Il s'agit de soins infirmiers prétendument dispensés à deux assurés, alors que ceux-ci indiquent ne pas les avoir reçus aux dates en cause. Ce grief concerne 347 prestations situées entre le 25 mars et le 8 septembre 2006 et un montant remboursé de 1.529,88 euros.

Le deuxième grief adressé à madame A. consiste à avoir porté en compte des prestations non conformes au motif que les soins visés ont été prodigués par un tiers non habilité, soit le plus souvent une aide soignante. Ce grief concerne 1.645 prestations et aurait généré un indu de 28.936,25 euros.

6.

A l'appui de sa thèse, le Service d'évaluation et de contrôle médicaux explique que le premier grief est établi par les déclarations des deux assurés concernés selon lesquels madame A. n'accomplissait pas ses prestations tous les jours ou ne faisait pas de toilettes. Les prestations ainsi remises en cause ont été rejetées pour ce grief.

S'agissant du second grief, le Service d'évaluation et de contrôle médicaux indique que l'audition des assurés met également en évidence que d'autres personnes que madame A. accomplissaient les prestations portées en compte par cette dernière. Il s'agissait soit de madame E., aide-soignante, soit encore d'autres personnes au service de la société de madame A.. Il fait valoir que madame A. a reconnu ce fait lors de son audition, à concurrence d'un tiers des toilettes. 30 % des toilettes ou forfaits ont donc été rejetés.

Le Service d'évaluation et de contrôle médicaux admet par ailleurs que la prescription empêche que les amendes initialement réclamées ne soient prononcées.

III La position de madame A.

7.

Madame A. indique contester les deux griefs qui lui sont adressés. Elle les estime non établis.

Madame A. explique n'avoir été entendue qu'à une seule reprise et que son audition n'a pas porté sur l'ensemble des faits qui lui sont reprochés ou sur les auditions des patients interrogés. Le Service d'évaluation et de contrôle médicaux se fonderait par ailleurs exclusivement sur les déclarations favorables à sa thèse, ne tenant aucun compte de celles qui la contredisent.

Madame A. estime que les amendes sont prescrites ou, à tout le moins, qu'elle devrait pouvoir bénéficier de la suspension du prononcé ou du sursis.

Très subsidiairement, madame A. sollicite les termes et délais les plus larges pour s'acquitter des sommes qui seraient dues à l'INAMI. Elle fait valoir une situation financière difficile compte tenu d'une chute de revenus de plus de 50 %.

IV Décision

La procédure

8.

La Chambre constate que, sous réserve de ce qui sera dit en ce qui concerne la prescription, la procédure prévue aux articles 142, § 2 et suivants de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 et par l'arrêté royal du 9 mai 2008 fixant les règles de fonctionnement et le Règlement de procédure des Chambres de première instance et des Chambres de recours instituées auprès du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI, a été respectée.

La prescription

9.

S'agissant de la prescription des différents griefs, elle est régie, en vertu de la disposition transitoire que constitue l'article 112, § 1^{er} de la loi du 13 décembre 2006 portant dispositions diverses en matière de santé, par les dispositions anciennes si les faits s'ils ont été commis avant le 15 mai 2007 (S. Hostaux, « Le contrôle médical en assurance obligatoire soins de santé - Législation et contentieux (II) », *JTT*, 2007, 400), à savoir l'article 141, § 7, alinéa 1^{er} ancien de la loi coordonnée du 14 juillet 1994. Cet article prévoyait un délai de trois années à compter du constat du manquement.

10.

En l'espèce, la Chambre relève que les procès-verbaux de constat sont tous antérieurs de plus de trois années au prononcé de sa décision (et même à la prise en délibéré).

Les deux griefs sont donc prescrits et ne peuvent donner lieu à aucune amende administrative, ce qui n'est du reste plus contesté.

La réalité des griefs

11.

S'agissant du premier grief, il se fonde sur les déclarations des deux assurés concernés.

Ces auditions, dont des extraits repris, mettent en évidence que madame A. n'accomplissait pas un certain nombre des prestations qu'elle portait en compte (prestations attestées 7 jours sur 7 alors qu'elles n'étaient pas réalisées le mercredi auprès de madame F. ou toilettes attestées mais non réalisées auprès de madame G.).

La Chambre relève que ces déclarations sont crédibles. Il en va d'autant plus ainsi que, s'agissant de madame F., madame A. a admis explicitement, lors de son audition, que les prestations n'étaient pas réalisées le mercredi. Le fait que ce soit à la demande de la patiente que ces prestations n'étaient ainsi pas accomplies est indifférent et n'a pas pour effet de les rendre attestables.

Pour le surplus, madame A. n'invoque aucun élément de nature à remettre en cause les auditions des assurés concernés.

12.

Le second grief repose également sur les déclarations des assurés entendus, de même que sur l'audition de madame A. elle-même.

Lors de celle-ci, elle a indiqué que madame E., qui était sa salariée et disposait de la qualification d'aide-soignante, réalisait certaines toilettes seules. Elle a précisé que la proportion de ces toilettes devait être de l'ordre d'un tiers. Ultérieurement dans sa déclaration, madame A. a précisé que ces toilettes étaient cependant accomplies en sa présence et avec une vérification de sa part, sauf en de rares exceptions.

Madame E. a pour sa part également confirmé que le nombre de toilettes qu'elle réalisait seule était minime. La Chambre relève néanmoins que les déclarations de madame E. paraissent être faites avec réticence puisqu'elle a refusé notamment de donner les noms des patients visités au cours des derniers mois.

A l'inverse, madame H., qui a également travaillé comme aide-soignante pour le compte de madame A., a expliqué de manière très explicite qu'elle devait procéder régulièrement seule à des soins infirmiers. Elle a indiqué en outre que madame A. lui avait imposé cette manière d'agir et dit qu'elle devait se présenter comme infirmière auprès des patients ou expliquer, en cas de question, que les soins étaient faits alors qu'elle était accompagnée.

Parmi les assurés entendus, si certains décrivent un fonctionnement conforme à ce qu'explique madame A. (soit un passage de cette dernière et de madame E. de manière simultanée), bon nombre d'autres indiquent de manière tout à fait claire qu'une seule personne à la fois faisait les soins et qu'il ne s'agissait pas toujours de madame A. mais également de ses collaboratrices, travaillant seules.

Il en va ainsi notamment de madame J. (« *L'infirmière en 2000 se nommait A. (...) Ce n'était jamais la même personne qui s'occupait de mon mari : il y avait E. et d'autres. Il n'y a jamais eu deux personnes au même moment pour faire les soins de mon mari. C'était ou A. ou une de ses employées* »), de madame K. (« *Les personnes qui s'occupaient de moi étaient 2, elles se nommaient A. et E. A tour de rôle, elles effectuaient ma toilette (...)* »), de madame L. (« *Je n'ai jamais eu deux personnes en même temps pour faire ma toilette* »), de madame M. (« *Elle (madame A.) venait tous les jours de la semaine. En de rares moments, elle était remplacée par une collègue* ») et de madame G. (« *Il y a eu trois personnes différentes, la personne responsable des soins changeait chaque fois. (...) Au moment des soins, il n'y avait toujours qu'une seule infirmière* »).

Il doit par ailleurs être relevé le nombre très important des prestations attestées par madame A. pour la période en cause (de même du reste qu'au cours des années qui l'ont précédée), qui rend également assez peu crédible, même avec une organisation très bien rodée telle qu'elle la décrit, qu'elles aient pu être réalisées en totalité par madame A. seule. Il en va d'autant plus ainsi qu'elle devait également assumer les aspects administratifs de sa profession et qu'elle s'occupait en outre, même de façon distante, d'une activité commerciale accessoire.

Au regard de tous ces éléments, la Chambre considère qu'il est établi que madame A. n'accomplissait pas la totalité des prestations attestées en son nom et qu'une partie d'entre elles étaient réalisées par des membres de son personnel ne disposant pas de la qualification d'infirmier.

La proportion de 30 % retenue par le Service d'évaluation et de contrôle médicaux peut, pour la période limitée qui est en cause, être avalisée compte tenu des éléments précités. Il s'agit par ailleurs d'une évaluation qui reste inférieure à celle donnée par madame A. elle-même au début de son audition.

13.

Il résulte de ce qui précède que les deux griefs sont établis, tels que décrits par la requête du Service d'évaluation et de contrôle médicaux.

L'indu

14.

Par conséquent, l'indu résultant du grief formulé par le Service d'évaluation et de contrôle médicaux est considéré comme établi par la Chambre.

Cet indu s'élève à la somme totale, non contestée en tant que telle, de 30.466,13 euros.

15.

Il y a lieu de faire droit à la demande de constat de cet indu de **30.466,13 euros** et de condamner madame A. à le rembourser à l'INAMI.

16.

La Chambre considère enfin qu'il peut être fait droit à la demande de madame A. de s'acquitter de sa dette de manière échelonnée. Elle pourra la rembourser par des paiements mensuels consécutifs de 1.000 euros, l'intégralité du solde devenant exigible à défaut de l'un d'entre eux.

PAR CES MOTIFS,**La chambre de première instance,**

Statuant après un débat contradictoire,

1.

Constate que les deux griefs formulés à l'égard de madame A. et décrits ci-avant (point 5 de la présente décision) sont établis,

2.

Dit pour droit que ces griefs ont généré un indu à charge de l'assurance soins de santé de **30.466,13 euros**,

Ordonne la récupération totale de ce montant à charge de madame A.,

Autorise cette dernière à se libérer par des paiements mensuels consécutifs de 1.000 euros, le premier devant intervenir au plus tard le 31 octobre 2011 et dit qu'à défaut de l'un d'entre eux, l'intégralité du solde sera immédiatement exigible.

3.

Dit n'y avoir lieu à prononcer des amendes administratives en raison de la prescription,

Ainsi jugé, le 16 juin 2011, par la Chambre de première instance instituée auprès du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI et composée de monsieur Hugo Mormont, président suppléant, des docteurs Dominique Feron et Yves Van De Gucht, représentants des organismes assureurs, de madame Sabine Hans et de monsieur Johan Corijn, représentants des praticiens de l'art infirmier, assistés de madame Françoise Delroex, greffier,

Et prononcé à l'audience publique du 12 août 2011, où étaient présents monsieur Hugo Mormont, président suppléant et monsieur Stéphane Verboomen, greffier.

Stephane VERBOOMEN
Greffier

Hugo MORMONT
Président