

DECISION DE LA CHAMBRE DE RECOURS DU 15 DECEMBRE 2022

Numéro de rôle FB-005-21

EN CAUSE DE : **Madame A.**

Sage-femme autorisée à effectuer des prestations obstétricales
Comparaissant en personne

Et la SPRL B.

Représentée par son gérant Monsieur C.

Assistées de Maître D.

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 E., médecin-inspecteur-directeur, et par
Madame F., juriste.

Exposé des faits - antécédents :

Madame A. a obtenu son diplôme de sage-femme et infirmière de l'école ... de ... en 2003.

Elle a également effectué diverses formations avec attestations de participation :

- Rééducation périnéale 2008 (...)
- Massage femme enceinte 2007/2008 (...)
- Massage ayurvédique 2010 (...)
- Massage bébé 2008 (...)
- Gymnastique post natale de Gasquet (...)
- Aromathérapie, homéopathie, allaitement.

De 2003 à 2008, Madame A. a été salariée à temps complet au ...

De 2008 à 2010, elle a exercé sous le statut d'indépendante complémentaire.

Elle est devenue indépendante en personne physique à temps plein depuis 2011 et a constitué la SPRL B. en 2014. Elle en est la gérante depuis le 22 décembre 2014 et son époux, Monsieur C., est co-gérant de la SPRL depuis le 2 mai 2018.

Madame A. travaille aux domiciles des patientes et dans le dispensaire « B. » à ...

Depuis 2014, la SPRL emploie du personnel. Au moment de l'enquête, Il s'agissait d'une sage-femme temps plein et une secrétaire mi-temps pour la facturation.

Sur le plan administratif, Madame A établissait des dossiers médicaux papier au départ. Par la suite, elle a fait usage des dossiers informatisés via le logiciel MAIEUTICAPP.

Ces dossiers sont à l'office de tarification via le logiciel Easytar. Madame A. encode les prescriptions et les codes de facturation dans ce logiciel de tarification et l'office de tarification imprime sur des attestations de soins (en abrégé ASD) fournies par Madame A. et présignées par elle.

Chaque sage-femme a ses propres ASD et les paraphe. Le paiement est en tiers payant et se fait sur le compte de la société. Pour les rendez-vous, la société utilise l'agenda Supersaas.

Madame A. avait une convention avec l'hôpital de ... pour la prise en charge rapide des patientes lors de la sortie d'hospitalisation.

Par la suite Madame A. a cessé son activité de sage-femme et est devenue infirmière à domicile.

Son volume d'activité s'établit comme suit :

Année - Prestations – Revenus :

2015 - 1466 - 43.912,63 euros ;
2016 - 3503 - 129.507,15 euros ;
2017 - 2306 - 80.374 ,90 euros ;
2018 - 688 - 23.124,30 euros.

Pour les prestations 428676 « *Surveillance et soins postnatals, en-dehors du domicile et du milieu hospitalier, par jour* » et 428713 « *Surveillance et soins postnatals en cas de complications, en dehors du domicile et du milieu hospitalier, par jour* », le SECM a constaté que Madame A. était top 1 pour les années 2016 et 2017 avec un nombre de prestations anormalement élevé par rapport au nombre de prestations médiane pour tous les dispensateurs (1020 >< 6 en 2016 et 607 >< 5 en 2017 pour le code 428713 et 387 >< 3 en 2016 et 275 >< 5 en 2017 pour le code 428676).

Elle est également top 2 pour la prestation 428514 « *Surveillance et soins postnatals à partir du sixième jour du postpartum, en-dehors du domicile et du milieu hospitalier, par jour* » pour les années 2016 et 2017.

Sur base de ces éléments, le SECM a ouvert une enquête sur la période de mai 2015 à mai 2018. L'enquête a été effectuée en tenant compte des élément suivants :

- Les listings informatiques aux unions nationales des organismes assureurs sur base de l'article 138 de la loi relative à l'assurance soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, pour la période d'introduction aux OA s'étendant du 1er septembre 2015 au 31 mai 2018.

- Ensuite un échantillon a été déterminé comme suit (note de synthèse, pp. 4 et 5) :

« La base de sondage est constitué d'un ensemble de 287 dossiers de patients ayant reçu une ou plusieurs prestations 428713 du 04-05-2015 au 11-05-2018 inclus pour la date présumée de la réalisation des prestations et du 12-01-2016 au 31-05-2018 inclus pour la date d'introduction à l'Organisme Assureur (OA). Le total des prestations 428713 attestées dans le cadre de ces dossiers est de 1.901 prestations. L'ensemble des prestations est attestée par un seul prestataire. Le total en euros des remboursements lié à ces prestations attestées est de 57.329,21 euros. Le design d'enquête était de sélectionner au hasard 50 dossiers et de vérifier l'ensemble des prestations contenues dans ces dossiers, ce qui correspond dans les faits à un échantillon en «clusters» (grappes) où les clusters sont les dossiers et les éléments évalués sont les prestations.

La méthode de sélection des clusters est un échantillonnage aléatoire simple au niveau des dossiers, c'est-à-dire un tirage où la probabilité de sélection est la même pour tous les dossiers et égale à $50/287 = 0,1742$. Comme l'ensemble des prestations de chaque dossier sélectionné fait partie de l'échantillon, chaque prestation a la même probabilité de sélection que le dossier correspondant et donc toutes les prestations dans la base de sondage avaient cette même probabilité de 0,1742 d'être sélectionnées.

(...) 146 prestations, pour un montant de 3.777,02 euros et concernant 24 dossiers différents, ont été déduites de la base de sondage a posteriori puisqu'il s'agissait de prestations prescrites. Cette opération élimine l'entièreté des prestations pour 17 des 24 dossiers et amène les totaux dans la base de sondage à 270 dossiers et 1.755 prestations pour un montant de 53.592,19 euros. Dans ces 146 prestations prescrites, il y a 5 patients des 50 dossiers d'échantillonnage, 4 pour lesquels toutes les prestations sont prescrites et 1 pour lequel 9 sur 14 prestations sont prescrites. En total, 41 prestations de l'échantillon sont concernées. La suppression de celles-ci ramène la taille de l'échantillon à 46 dossiers comportant 293 prestations ».

- L'audition de 3 assurées, dont le dossier se trouvait dans l'échantillon sélectionné pour appliquer la méthode d'extrapolation.

- L'audition de Madame A. les 30 octobre 2018 et 11 janvier 2019.

Un procès-verbal de constat du 11 janvier 2019, a été envoyé à Madame A. le 14 janvier 2019. Une copie de celui-ci a également été envoyée à la SPRL B.

Madame A. a effectué un remboursement partiel de 1.701,23 € en date du 18 mars 2019.

Par requête du 13 décembre 2019, le Service d'évaluation et de contrôle médicaux (en abrégé SECM) saisissait la Chambre de première instance et sollicitait de celle-ci :

- De déclarer que le grief unique suivant est établi dans le chef de Madame A. : - Grief 1 :

« avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer des documents réglementaires permettant le remboursement des prestations de santé lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans la loi SSI, dans ses arrêtés et règlements d'exécution, dans les conventions et accords conclus en vertu de cette même loi, au sens de l'article 73bis, 2°.

En l'espèce, il s'agit de l'utilisation du code 428713 « soins postnatals » pour porter en compte de l'assurance soins de santé des séances de rééducation périnéale alors que l'article 9 a) de la nomenclature des soins de santé ne prévoit pas de numéro pour attester ces prestations.

L'indu reproché s'élève à 49.241,58 € pour la période infractionnelle se situant du 12 janvier 2016 au 31 mai 2018. »

- De condamner solidairement Madame A. et la SPRL B. au remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé, soit la somme de 49.241,58 euros (article 142, §1er, 2° de la loi SSI).
- De dire qu'à défaut de paiement des sommes dues par Madame A. et la SPRL B. 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 30 août 2021 (FA-021-19), la Chambre de 1ère instance :

- Déclare établi le grief formulé pour tous les cas cités dans la note de synthèse ;
- Condamne solidairement Madame A. et la SPRL B. au remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé, soit la somme de 49.241,58€ (article 142, §1er, 2°, de la loi SSI) ;
- Constate que la somme de 1.701,23 € a été remboursée au 10 juin 2021 ;
- Dit qu'à défaut de paiement des sommes dues par Madame A. et la SPRL B. 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.

Madame A. et la SPRL B. firent appel de cette décision par **requête du 1er octobre 2021**.

Recevabilité de l'appel :

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

Discussion :

1) Eléments matériels constitutifs de l'infraction - Principes :

1.1) Remboursement de l'indu :

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.

Il n'appartient pas pour le surplus 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.

En mettant à charge du dispensateur de soins, qui a par sa faute ou par sa négligence occasionné un paiement indu, l'obligation de rembourser à l'organisme assureur les sommes indûment payées, le législateur a répondu à la nécessité de protéger l'assurance maladie-invalidité, plus précisément les deniers publics, contre ceux qui pourraient obérer ceux-ci par leur négligence ou par des abus, au moyen d'un système de contrôle qui ne peut être efficace sans une certaine rigidité.

L'obligation qui est ainsi mise à charge du dispensateur de soins ne s'écarte pas fondamentalement du droit commun. En effet, le droit commun entraîne lui aussi des conséquences sévères pour celui qui a reçu un paiement dont il ignorait le caractère indu ou qui a causé par sa faute légère un dommage important.

L'étendue de l'obligation à charge du prestataire de soins ne diffère ni de l'étendue de l'obligation de restitution lorsqu'il y a répétition d'indu, celle-ci couvrant l'intégralité de l'indu, ni de l'étendue de l'obligation de réparation en cas de responsabilité civile, laquelle couvre, également, l'intégralité du dommage subi (arrêt CA n°185/06 du 29.11.2006).

Un paiement indu ne suppose en effet que la réunion de deux conditions à savoir un paiement d'une part et un indu d'autre part, c'est-à-dire une absence de dette entre le *solvens* et l'*accipiens*.

1.2) Solidarité :

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 al.2 de la loi coordonnée du 14.07.1994.

A cet égard il convient de rappeler que l'article 2, n) de la loi ASSI définit la notion de « dispensateur de soins » comme étant les praticiens de l'art de guérir, les kinésithérapeutes, les praticiens de l'art infirmier, les auxiliaires paramédicaux, les aides-soignants, les établissements hospitaliers, les établissements de rééducation fonctionnelle et de réadaptation professionnelle et les autres services et institutions.

Sont assimilées aux dispensateurs de soins pour l'application des articles 53, § 1^{er}, § 1^{er} bis et § 1^{er} ter, 73bis et 142, 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.

2) Examen du grief unique :

Il est reproché à Mme A., d'avoir utilisé le code 428713 «*surveillance et soins postnataux en cas de complications*» pour porter en compte à l'assurance soins de santé des séances de kinésithérapie, de rééducation périnéale ou abdominale ou de gymnastique alors que l'article 9 a) de la Nomenclature des Prestations de Santé ne prévoit pas de numéro pour attester ces prestations.

2.1) Dispositions applicables :

L'article 9, § 5 et 6 de la Nomenclature des Prestations de Santé dispose que:

« **Art. 9. Sont considérées comme prestations d'obstétrique :** "A.R. 10.6.1998" (en vigueur 1.7.1998) + "A.R. 28.3.2014" (en vigueur 1.6.2014) "**a) lorsqu'elles requièrent la qualification d'accoucheuse (V) :** à savoir dans le cadre de soins pré, péri ou postnataux dans le domaine de l'art obstétrical, du traitement de la fertilité, de la gynécologie et de la néonatalogie." (...) "A.R. 7.11.2011" (en vigueur 1.1.2012) "

§ 5. Soins postnatals (...) 428713 Surveillance et soins postnatals en cas de complications, en dehors du domicile et du milieu hospitalier, par jour V 15 Pour les prestations 422472, 428691 et 428713 une prescription par un médecin est exigée."

(...) "A.R. 7.11.2011" (en vigueur 1.1.2012) + "A.R. 28.3.2014" (en vigueur 1.6.2014)
"Les prestations 422796, 423791, 422774, 423776, 422914, 422936, 422951, 422435, 428492, 428514, 422450, 428654, 428676, 422472, 428691 et 428713 visent l'examen postnatal de la mère et de l'enfant (anamnèse, évaluation clinique, mesure et suivi des paramètres nécessaires, et autres observations). De ces observations et du plan de soins, un compte-rendu écrit sera noté dans le dossier de la bénéficiaire."
(...)

"A.R. 28.3.2014" (en vigueur 1.6.2014) "L'interprétation du terme « complications » en ce qui concerne cet article 9 a) de la nomenclature des prestations de santé est conforme aux normes définies aux § 1er et § 4 de l'article 73 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

§ 6. Dossier de la bénéficiaire :

Pour toutes les prestations reprises aux 5 premiers paragraphes de cet article, le dossier de la bénéficiaire comporte au moins les données générales suivantes :

- l'identification de la bénéficiaire;
- l'identification de tous les soins sage-femmes effectués;
- l'identification de la sage-femme ayant dispensé ces soins;
- la planification des soins;
- l'évaluation des soins;
- l'identification du médecin traitant (généraliste, spécialiste en gynécologie obstétrique,...);
- toutes les données spécifiques relatives aux prestations, précisées dans cet article 9 a) de la nomenclature des soins de santé.

Il comporte également les données relatives à chaque phase de la prise en charge :

(...)

d) Pour les soins postnatals repris au § 5 de cet article :

- la date de l'accouchement;
- l'âge gestationnel;
- l'identification de l'hôpital où l'accouchement a eu lieu;
- le déroulement du postpartum;
- la liste et les résultats des examens physiques et techniques réalisés par la sage-femme dans le cadre du postpartum. »

2.2) Rééducation périnéo-sphinctérienne :

Il convient tout d'abord d'examiner la thèse du SECM selon laquelle une sage-femme ne pourrait pas effectuer de la rééducation ou de la kiné périnéo-sphinctérienne simple ET qu'en tout état de cause ce type de prestations ne serait pas sujette à remboursement.

L'article 21 octies de la loi, §4 de l'arrêté royal n°78 du 10.11.1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé stipule que : « *le Roi fixe, après avis du Conseil fédéral des Sage-femmes, les modalités et les critères de qualification particulière permettant au titulaire du titre professionnel de sage-femme de pratiquer la «rééducation périnéo-sphinctérienne ».*

Le Législateur a donc prévu qu'il appartenait au Roi de fixer, le cas échéant, les conditions (modalités et critères de qualification particulière) permettant aux sage-femmes de pratiquer la rééducation périnéo-sphinctérienne.

La question est de savoir si en l'absence d'arrêté royal une sage-femme peut ou non pratiquer la rééducation périnéo-sphinctérienne.

A cet égard il convient de relever que la rééducation périnéale fait partie des formations proposées aux sage-femmes et était déjà reprise sous la compétence n°1 du « *profil professionnel de la sage-femme en Belgique de 2006* » qui précisait que : « *Le ou la titulaire du titre professionnel de sage-femme...aide la femme dans la connaissance et la maîtrise de son périnée* » (Conseil national des accoucheuses, avis 1 du 18.12.2006, CNAC/2006, <https://sage-femme.be/wp-content/uploads/2015/07/Profil-professionnel-de-la-sage-femme.pdf>).

La rééducation périnéo-sphinctérienne est expressément visée à la compétence 6.1 « *surveiller la grossesse physiologique, le travail et le post partum* » du profil professionnel et de compétences de la sage-femme belge repris dans l'avis 2016/1 du 15.03.2016 du Conseil Fédéral des sages-femmes édité par le SPF Santé publique (https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/2016_01_cfsf_frvv_annexe_profil_professionnel.pdf).

À l'inverse, la rééducation périnéale n'est pas reprise dans la liste des activités interdites aux sages-femmes énumérées à l'article 6 de l'arrêté royal relatif à l'exercice de la profession de sage-femme du 01.02.1991.

Ce type de soins est couramment pratiqué et a d'ailleurs fait l'objet de nombreuses prescriptions établies par des médecins à l'attention de Mme A.

Il convient enfin de relever que la Chambre de première instance, dans une cause similaire, a pu constater que, selon le SECM lui-même, une sage-femme : « *peut pratiquer de telles techniques mais sans obtenir de remboursement dans le cadre de l'ASSI. Elle peut les facturer de façon libre à ses patientes* » (CPI, 20.05.2022, FA-021-20, p.8).

Au vu de ce qui précède, il convient d'interpréter l'article 21 octiesdecies §4 de l'arrêté royal du 10.11.1967 en ce sens que le Roi peut, après avis du Conseil fédéral des sages-femmes, fixer les modalités et les critères de qualification particulière permettant au titulaire du titre professionnel de sage-femme de pratiquer la rééducation périnéo-sphinctérienne.

Il s'agit cependant d'une faculté laissée au Roi de sorte qu'en l'absence d'un arrêté royal qui viendrait soumettre cette pratique à des conditions particulières en termes notamment de formation, il y a lieu considérer que toute sage-femme est à même de pratiquer la rééducation périnéale.

Il serait par ailleurs contradictoire de considérer qu'une sage-femme serait autorisée à prodiguer à des soins postnatals en cas de complication, par nature plus complexes et non à une simple rééducation périnéale pratiquée en dehors de toute complication.

Cela étant posé, il n'en reste pas moins que la Nomenclature ne prévoit aucun code à l'article 9 relatif au remboursement de cette prestation lorsqu'elle est pratiquée par une sage-femme en dehors de toute complication.

Il convient donc d'examiner si les prestations portées en compte par Mme A. sous le numéro de code 428713 consistent bien en des « *soins postnatals en cas de complication* » au sens de l'article 9§5 de la Nomenclature.

2.3) Notion de « complications » - Contenu de la prescription :

Selon le SECM :

- Il n'existe pas de règle interprétative de la Nomenclature permettant l'utilisation du code 428713 pour la rééducation périnéale ;
- Les prescriptions fournies concernaient des séances de kinésithérapie, de rééducation périnéale ou abdominale ou de gymnastique.

Mme A. soutient pour sa part que l'ensemble des soins portés en compte ont été prodigués dans le cadre de complications, conformément à l'article 9 §5 précité.

Un premier problème provient du fait que la notion de « complication » n'est pas définie par la nomenclature ou par une règle interprétative.

La Chambre de recours constate, avec la Chambre de première instance, que le mot « complication » peut revêtir deux significations :

- une forme grave, **compliquée**, d'une affection quelconque ;
- Le deuxième sens du mot **complication** est utilisé pour parler de ce qui n'aurait pas dû arriver après un acte technique tel qu'un saignement, une infection, une blessure accidentelle d'un organe, voire le décès du patient, quelle que soit la cause de ce décès (www.dictionnaire-médical.fr).

A titre exemplatif, la présente Chambre considère, au vu de cette définition, que ne peuvent être qualifiées de suites normales d'un accouchement et doivent par conséquent être considérées comme des complications : l'hémorragie du post-partum, l'infection de l'utérus, les infections vésicales et rénales, l'infection mammaire, les fuites urinaires, l'énurésie, la dyspareunie, le prolapsus, la béance vaginale, le thrombus vaginal, les hémorroïdes ainsi que les problèmes liés à l'allaitement ou la dépression.

Une déchirure peut également être qualifiée de complication dès lors qu'elle n'accompagne pas systématiquement un accouchement et peut donner lieu à des soins postnatals.

Si une épisiotomie ou une césarienne constituent en revanche des actes techniques, il n'en reste pas moins que les suites liées à ceux-ci peuvent également donner lieu à des complications (infection, saignements, fuites urinaires, etc...).

Au vu de ce qui précède, il convient donc de distinguer la rééducation périnéale :

- Lorsque celle-ci consiste en un « soin » courant en cas d'accouchement, prodigué en dehors de toute complication ;
- Lorsque celle-ci consiste en un « soin » prescrit en vue de remédier à une complication liée à l'accouchement.

En d'autres termes, seule la rééducation périnéale prescrite dans le cadre de soins postnatals prescrits par un médecin en cas de complication peut être portée en compte sous le code 428713.

Un second problème provient du fait de ce que contrairement à ce qui est le cas pour d'autres types de prescriptions, la Nomenclature ne précise pas le contenu de la prescription de « soins postnatals en cas de complication ».

Certes l'article 9§6 de la Nomenclature impose qu'une description des soins prodigués figure dans le dossier de la bénéficiaire.

Néanmoins dès lors que la Nomenclature n'exige pas que ces soins et que les complications auxquelles ils se rapportent soient décrits dans la prescription, ces données peuvent ressortir d'autres documents présents dans le dossier du bénéficiaire (Chambre de 1^{ère} instance, décision FA-021-20 du 20.05.2022).

2.4) Examen des prestations contestées :

En l'espèce il ressort des dossiers personnels des patientes concernées et/ou des précisions données a posteriori par les dispensateurs de soins que les soins périnéaux prescrits s'inscrivent tous dans le cadre de complications rencontrées par les patientes et pouvaient donc être portées en compte sous le n° 428713 de la Nomenclature.

S'agissant des attestations établies a posteriori par les médecins prescripteurs la Chambre de recours considère certes que celles-ci doivent être examinées avec prudence mais qu'elles ne doivent toutefois être écartées que lorsqu'elles présentent des contradictions ou des problèmes de fiabilité.

Ce n'est pas le cas en l'espèce, le contenu de celles-ci étant cohérent et ne contredisant pas les prescriptions antérieures des médecins concernés dont elles ne font que préciser la portée.

Celles-ci n'émanent pas non plus de personnes fragilisées sur lesquelles il aurait été facile de faire pression ou de personnes avec lesquelles Mme A. continuerait à entretenir des relations professionnelles.

Ces attestations peuvent être qualifiées de présomptions nombreuses, précises et concordantes d'après lesquelles il ressort que les soins donnés, même lorsqu'ils consistent en rééducation périnéale, l'ont bien été dans le cadre de soins postnatals liés à des complications.

Ces présomptions ne font par ailleurs, lorsqu'elles sont produites, que corroborer les renseignements figurant dans les dossiers des patientes concernées.

Ainsi s'agissant de Mme G., tant le dossier de cette dernière que la prescription d'origine et celle établie a posteriori par le Dr H. font état de complications liées à des fuites urinaires et à des douleurs périnéales liées à l'accouchement et à l'épisiotomie pratiquée au cours de celui-ci.

Même en l'absence de prescriptions produites, les complications ressortent bien du dossier de la patiente, il en est notamment ainsi de Mme I. (incontinence à l'effort).

Certains cas sont plus graves que d'autres et cumulent les complications, c'est notamment le cas de Mme J., laquelle connut d'importantes fuites urinaires ainsi que des douleurs périnéales et des problèmes sexuels.

L'incontinence est une complication qui revient chez une grande majorité des patientes concernées (Mmes K., L., G., I., M., N., O. P., Q., R., S., T., U., V., etc...).

La dyspareunie est fréquemment rencontrée (Mmes L., I., N., J., O., W., X., Y., Z., AA', R., AB', etc...).

Le prolapsus est rencontré à différentes reprises (Mmes AC', AD', AE', AF', AG', etc...) de même que la béance vaginale (Mmes AH', AD', AI', AG', etc...).

On retrouve également des complications liées à l'allaitement (Mmes O., H., V., AJ', etc...) ou à la dépression post-partum (Mmes J., AK', etc...).

En réalité seul le cas de Mme AL'. (patiente n° 30 dans la note de synthèse), pour qui le médecin prescripteur a exclu l'existence de complications est sujet à caution, un doute subsistant quant à la gravité de la « brûlure mictionnelle » vantée et au fait que celle-ci serait, par exemple, liée à une infection urinaire.

2.5) Valeur de l'indu - Extrapolation

En vertu de l'article 146§2/1 de la loi coordonnée du 14.07.1994 :

« Pour constater les infractions visées à l'article 73bis et calculer la valeur des prestations indûment remboursées par l'assurance obligatoire soins de santé, le personnel d'inspection visé au § 1er peut entre-autres utiliser la méthode de vérification par échantillonnage et extrapolation.

Cette méthode consiste à :

1° Établir la base de sondage en identifiant et en définissant un ensemble de cas indépendants qui seront examinés ;

2° Effectuer un tirage aléatoire dans cette base de sondage pour constituer un échantillon et documenter la méthode de tirage ;

3° Analyser les cas dans cet échantillon et calculer dans l'échantillon le pourcentage des montants indûment remboursés par l'assurance soins de santé obligatoire ;

4° Calculer la valeur en dessous de laquelle le pourcentage de la population que l'on cherche à estimer, a une probabilité inférieure à 2,5 % de se trouver ;

5° Utiliser cette valeur pour calculer le montant à récupérer pour toutes les prestations de la base de sondage. ».

En l'occurrence toutefois les seules prestations relatives à Mme AL' ne peuvent être considérées comme suffisamment représentatives que pour pouvoir servir au calcul de la valeur des prestations indûment remboursées par l'assurance obligatoire soins de santé sur base de la méthode de vérification par échantillonnage et extrapolation.

Il s'ensuit que la demande du SECM est non fondée s'agissant des cas autres que ceux pour lesquels Madame A. a reconnu, lors de l'enquête, qu'il n'y avait pas de complication et pour lesquels elle a remboursé la somme 1.701,23 euros en date du 14 mars 2019.

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

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

Composée de Monsieur MATHIEU Emmanuel, Président, Docteur VAN UYTVEN Eric et Madame NISSET Anne ;

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

Madame NISSET et le Docteur VAN UYTVEN 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. et de la SPRL B. recevable et fondé ;

Par conséquent ;

Met à néant la décision prononcée le 30 août 2021 (FA-021-19) par la Chambre de 1ère instance ;

Déclare la demande du SECM à l'égard de Madame A. et de la SPRL B. recevable mais non fondée et l'en déboute ;

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.

La présente décision est prononcée à l'audience du 15 décembre 2022 par M. Emmanuel MATHIEU, Président, assisté de Madame Caroline METENS, Greffière.

METENS Caroline
Greffière

MATHIEU Emmanuel
Président