

DECISION DU FONCTIONNAIRE-DIRIGEANT DU 11 MAI 2017
BRS/F/17-009/art.77

Concerne : **Madame A.**

Praticiens de l'art infirmier Infirmie(ère)s - Infirmières brevetées

1. EXPOSE DES FAITS

1.1. Données Soins de Santé

MADAME A. (*Pièce 1*)

N° INAMI : ...

Profils (*Pièce 27*)

.....

1.2. Données RN + BCE

NRN prestataire ... (*Pièce 1*)

N° BCE : ...(*Pièces 2 et 3*)

1.3. Données OA

Les organismes assureurs OA 100, 200, 300, 500, 600 ont transmis des données au Service d'évaluation et de contrôle médicaux relatives à la facturation introduite par Mme A. à partir de septembre 2016 (jusqu'au lancement de la présente procédure début mars 2017).

	Montant des factures reçues dès 9/2016 (après période PVC)	Nombre d'assurés
OA 100	4.228 euros	13 assurés
OA 200	4.459,63 euros	3 assurés
OA 300 Solidaris	44.071,08 euros	45 assurés
OA 500	12.990,94 euros	18 assurés
OA 600	473,20 euros	1 assuré

Les prestations ont été versées sur le compte ...

1.4. Antécédents liés aux dossiers

1.4.1. Dans le cadre de l'enquête E/..., Mme A. s'est vue reprocher des griefs pour des prestations non effectuées et non conformes : 64.584,77 € (prestations non effectuées) et 2.640,2 € (prestations non conformes).

Par une décision du 06/08/2015, la Chambre de recours, juridiction administrative instituée auprès de l'INAMI condamnée (*pièce 28*), a condamné Mme A. :

...

- solidairement avec la SPRL B. à rembourser la valeur des prestations indûment versées par l'assurance soins de santé, soit la somme de 67.224,97 euros ;
- au paiement d'une amende administrative s'élevant à 100 % des prestations indues, soit à la somme de 67.224,97 €, en précisant qu'il sera sursis au 19/20ème du paiement de cette amende pendant un délai de trois ans.

Au 9/05/2016, Mme A. a remboursé 12.000 € à raison de 1.000 € par mois.

1.4.2. Dans le cadre d'une nouvelle enquête, un procès-verbal de constat (PVC) (*pièce n°4*) et l'invitation au remboursement volontaire ont été notifiés par courrier recommandé à Mme A. le 07/02/2017. Les griefs reprochés portent sur des :

- prestations non effectuées (indu de 34.629,35 €) ;
- prestations non conformes (indu de 14.751,29 €).

1.5. Indices graves, précis et concordants en vue de la suspension des paiements du n° tiers payant

1.5.1. Il ressort des données de facturation à l'assurance soins de santé, introduites par Mme A., depuis septembre 2016, et transmises par l'**OA** (organisme assureur) **100**, que 8 assurés pour lesquels Mme A. s'est vue reprocher des prestations non effectuées, dans le procès-verbal de constat notifié le 07/02/2017 (*pièce n°4*), s'y retrouvent toujours. Il s'agit des assurés C. (*pièce 5*), D. (*pièce 6*), E. (*Pièce 7*), F. (*pièce 8*), G. (*pièce 9*), H. (*Pièce 10*), I. (*pièce 11*) et J. (*pièce 12*). Compte tenu des éléments recueillis pendant l'enquête et ayant conduit à la notification d'un PVC le 07/02/2017 (*pièce 4*), il est fort probable, eu égard au fait que les auditions des assurés sont intervenues en janvier 2017, que les prestations facturées à l'assurance soins de santé au nom de ces assurés, depuis septembre 2016, pour un montant de 3.311 €, soient toujours non effectuées.

1.5.2. Il ressort des données de facturation à l'assurance soins de santé, introduites par Mme A., depuis septembre 2016, et transmises par l'**OA 300** que 5 assurés chez lesquels il n'y avait pas de soins effectués au terme du PVC notifié le 07/02/2017 (*Pièce 4*), s'y retrouvent toujours. Il s'agit des assurés K. (*Pièce 13*), L. (*Pièce 14*), M. (*Pièce 15*), N. (*Pièce 16 et 17*), O. (*Pièce 18*). Compte tenu des éléments recueillis pendant l'enquête et ayant conduit à la notification d'un PVC le 07/02/2017 (*pièce 4*), il est fort probable que les prestations facturées à l'assurance soins de santé au nom de ces assurés pour un montant de 1.101,94 € depuis septembre 2016 soient toujours non effectuées.

Le nom d'autres assurés visés au PVC notifié le 07/02/2017 (*Pièce 4*), tels que par exemple P. (*Pièce 19*), Q. (*Pièce 20*) ou R. (*Pièce 21*), pour lesquels Mme A. attestait plus de soins que ceux réellement réalisés, figurent également dans les données de facturation de l'**OA 300**, sans qu'il soit permis de d'affirmer que les prestations facturées sont non effectuées, puisque le Service d'évaluation et de contrôle médicaux ne dispose pas des codes de prestations facturés et ne peut donc pas opérer à ce stade de recoupement avec les prestations visées à grief au PVC notifié le 07/02/2017 (*Pièce 4*). Compte tenu des éléments recueillis pendant l'enquête et ayant conduit à la notification d'un PVC le 07/02/2017 (*Pièce 4*), il est fort probable qu'une partie des prestations facturées par Mme A., au nom de ces assurés, depuis septembre 2016, soient non effectuées.

1.5.3. Il ressort des données de facturation à l'assurance soins de santé, introduites par Mme A., depuis septembre 2016, et transmises par l'**OA 500** que 5 assurés chez lesquels il n'y avait pas de soins effectués au terme du PVC notifié le 07/02/2017 (*Pièce 4*), s'y retrouvent toujours. Il s'agit des assurés S. (*Pièce 22*), T. (*Pièce 23*), U. (*Pièce 25*), V. (*Pièce 24*) et W. (*Pièce 26*).

Concernant T. (*Pièce 23*), le PVC notifié le 07/02/2017 (*Pièce 4*) reprochait à Mme A. de facturer à l'assurance soins de santé plus de toilettes qu'elle n'en effectuait réellement. Le volume de toilettes facturées à l'assurance soins de santé depuis septembre 2016 permet de conclure que Mme A. a continué à porter en compte de l'assurance soins de santé plus que 3 toilettes par semaine.

Compte tenu des éléments recueillis pendant l'enquête et ayant conduit à la notification d'un PVC le 07/02/2017 (*Pièce 4*), il est fort probable que les prestations facturées au nom de ces assurés, par Mme A., depuis septembre 2016, pour un montant de 1.831,2 € soient non effectuées.

1.5.4. Les données de facturation introduites par Mme A. et transmises par les organismes assureurs montrent qu'il y a beaucoup de nouveaux assurés au nom desquels Mme A. a attesté des soins. Par exemple, pour l'OA 300, il y a 17 nouveaux patients. Certains assurés pour lesquels le volume de facturation se retrouvent dans des proportions plus importantes que sur la période examinée et ayant conduit au PVC notifié le 07/02/2017 (*Pièce 4*).

1.5.5. Enfin, le profil de Mme A., c'est-à-dire le volume des prestations introduites au remboursement de l'assurance soins de santé, a considérablement augmenté ces derniers mois, Mme A. ayant eu un profil de 75.809,74 € en 2015 (*pièce 27*) et ayant introduit en facturation à l'assurance soins de santé depuis septembre 2016 (à la date du lancement de la présente procédure) et donc sur moins d'un semestre un volume de prestations d'un montant de plus de 66.000,00 €.

2. DISCUSSION

Le 21 mars 2017, le Service d'évaluation et de contrôle médicaux a eu connaissance des moyens de défense formulés par Me X., conseil de Mme A. et de la SPRL B.

Ces moyens de défense s'apparentent davantage à une réponse au procès-verbal de constat notifié à Mme A. qu'à une réponse à la fiche « indices de fraude » et aux pièces qui lui ont été notifiés, dans le cadre de la demande de moyens de défense, le 02/03/2017.

Tout d'abord, Mme A. indique que le SECM lui reproche des prestations non effectuées et des prestations non conformes depuis septembre 2016.

Le SECM estime nécessaire de clarifier la situation et de distinguer :

- d'une part, le procès verbal de constat notifié le 07/02/2017 à Mme A. au terme duquel des prestations de décembre 2014 à juillet 2016 et introduites au remboursement entre juillet 2015 et août 2016 lui ont été reprochées (griefs de prestations non effectuées et non conformes).
- d'autre part, les indices précis, graves et concordants de fraude relevés et basés, entre autre, sur des prestations introduites au remboursement auprès des organismes assureurs depuis septembre 2016.

Ensuite, Mme A. conteste certains griefs qui lui sont reprochés et indique souhaiter apporter des précisions.

Le SECM rappelle que Madame A. ne s'est pas présentée à son audition du 20/01/2017 à laquelle elle a été invitée par courrier le 16/01/2017 et alors même que l'inspecteur avait cherché à la joindre téléphoniquement pour convenir, d'un commun accord, d'une date, mais en vain puisque Mme A. ne l'a jamais rappelée.

Mme A. n'a donc fourni aucune prescription, ni dossier justifiant ses soins, conditions du remboursement. Si elle écrit qu'elle collaborera à l'enquête administrative pour que toute la clarté soit faite, le SECM ne peut que constater qu'elle n'a nullement collaboré pour les faits ayant donné lieu au procès-verbal de constat notifié le 07/02/2017.

Les précisions qu'elle apporte vise des assurés qui, s'ils sont visés au procès verbal de constat notifié le 07/02/2017, ne sont pas tous repris dans la fiche indices de fraude, ce qui est le cas de Mme Y., de Mme Z., de Mme AA', de Mme AB', de Mme AC'.

Les observations qu'elle formule à leur sujet sont donc hors débat.

Pour les autres assurés qui sont effectivement visés à la fois au procès verbal de constat et cités dans la fiche indices de fraude, les commentaires de Mme A. ne portent pas sur la période concernée par la procédure art. 77sexies de la loi ASSI.

En outre, Mme A. se retranche derrière les prescriptions médicales, ce qui n'est pas suffisant pour prouver la réalité des soins.

Le SECM entend néanmoins répondre aux éléments avancés par Mme A.

Concernant Madame Y., si Mme A. met en avant avoir effectué des soins de plaies complexes du 8/09/2015 au 31/10/2015 en renvoyant au certificat médical (annexe n°1), le SECM a pu constater que, malgré l'arrêt des soins en octobre 2015, des prestations de toilettes et de soins de plaie complexe ont continué à être attestés par Mme A. Cette assurée n'est pas reprise à la fiche indices de fraude, de sorte que cette explication de Mme A. est hors débat.

Concernant Madame N., si Mme A. met en avant avoir effectué des soins d'hygiène du 1/12/2014 au 30/12/2014, le SECM n'a pu que constater que la fracture de la patiente datait du 12 septembre 2014, que Mme A. l'avait lavé 2-3 semaines, puis n'avait plus jamais effectué de soins chez cette patiente. Mme A. n'y allait déjà plus en décembre 2014. Madame A. a facturé un forfait A de mars à décembre 2015 et a encore essayé de rentrer un forfait A début 2016 mais, suite à une visite de l'infirmière conseil, la facturation a été stoppée. Des prestations au nom de cette assurée ont encore été portées en compte, par Mme A., depuis septembre 2016, ce qui, compte tenu de tous ces éléments, constitue bien un indice de fraude dans le chef de Mme A.

Concernant Monsieur P., si Mme A. déclare qu'elle a effectué des soins d'hygiène jusqu'au 31/10/15, le SECM n'a pu que constater que le patient avait déclaré qu'elle n'était plus venue pour sa toilette après août 2015, qu'elle avait facturé un forfait A jusqu'en décembre 2015, puis des soins de plaies complexes de février 2016 à fin juillet 2016 avec quelques injections, ce qui constitue manifestement des prestations non-effectuées. Fin novembre à début décembre 2016, elle a effectivement réalisé 10 injections (avant et après une biopsie de prostate) mais n'était plus venue depuis août 2015. Des prestations au nom de cet assuré ont été portées en compte, par Mme A., depuis septembre 2016, ce qui, compte tenu de tous ces éléments, constitue bien un indice de fraude dans le chef de Mme A.

Concernant Madame Q., si Mme A. déclare avoir effectué des soins d'hygiène du 2/04/2016 au 30/06/2016 (cf. certificat médical, annexe n°2), le SECM a reproché à Mme A. des toilettes non effectuées à partir de mai 2016, car l'assurée avait déclaré que Madame A. l'avait visité 2 à 3 semaines maximum après l'intervention. Elle a par contre réalisé des pansements 1 jour sur 2 plus longtemps. Le certificat du 8/04/2016 mentionne une aide à la toilette une fois par jour pendant 10 jours. (Madame a été opérée le 06/04/16). Des prestations au nom de cette assurée ont été portées en compte, par Mme A., depuis

septembre 2016, ce qui, compte tenu de tous ces éléments, constitue bien un indice de fraude dans le chef de Mme A.

Concernant Madame T., si Mme A. indique avoir effectué des pansements de plaies complexes du 13/05/2016 au 31/05/2016 (cf. certificat médical, annexe n°3), le SECM, qui découvre la prescription médicale, ne peut que constater qu'elle a été faite pour 15 jours. Or, les soins de plaies complexes ont été attestés à partir de janvier 2016 jusque fin juillet 2016. Il en est de même pour les toilettes attestées comme effectuées tous les jours, alors que Mme A. le la réalisait que trois fois par semaine (lundi-mercredi-vendredi). Des prestations au nom de cette assurée ont été portées en compte, par Mme A., depuis septembre 2016, ce qui, compte tenu de tous ces éléments, constitue un indice de fraude dans le chef de Mme A..

Concernant Monsieur U., si Mme A. met en avant n'avoir effectué des soins d'hygiène que du 8/06/2015 au 30/06/2015 (cf. certificat médical, annexe n°4), le SECM ne peut que lui reprocher le forfait A attesté en juin 2015, puis les soins palliatifs C attestés en mars 2016, alors que jamais réalisés, ainsi que les injections attestées en avril-mai 2016 et jamais réalisées. Selon le fils de l'assuré, seules trois injections anti-douleur ont été réalisées mais jamais la toilette. Le patient a ensuite eu une autre infirmière. Des prestations au nom de cet assuré ont été portées en compte, par Mme A., depuis septembre 2016, ce qui, compte tenu de tous ces éléments, constitue un indice de fraude dans le chef de Mme A.

Concernant Madame AC', si Mme A. met en avant avoir effectué des soins d'hygiène du 3/07/2015 au 3/08/2015 (cf. certificat médical, annexe n°5). Le SECM a pu constater que Mme A. a attesté des prestations de juillet 2015 à avril 2016 (Période PVC : 03/07/2015 → 30/04/2016). Selon la patiente, 2 toilettes et 10 pansements ont été réalisés sur cette période. La période de régularisation par l'OA allait du 25/05/2015 au 31/05/2015, de sorte que la période est différente de celle visée au PVC (l'indu indiqué pour la période indiquée en 2015 a par ailleurs déjà été remboursé à la mutualité chrétienne par Mme A.). Cette assurée n'est pas reprise à la fiche indices de fraude, de sorte que cette explication de Mme A. est hors débat.

Concernant Madame AA', si Mme A. met en avant l'indu de 657,84 EUR pour les soins d'hygiène du 20/05/2015 au 27/08/2015 déjà remboursé à la mutualité chrétienne, il reste la période du PVC du SECM porte sur la période allant du 20/05/2015 au 27/08/2015, alors que la période de régularisation par l'OA porte sur une période différente du 29/08/2015 au 24/01/2016. Cette assurée n'est pas reprise à la fiche indices de fraude, de sorte que cette explication de Mme A. est hors débat.

Concernant Madame Z., Mme A. explique que les soins d'hygiène étaient des soins de forfait B, qu'elle n'est pas d'accord avec l'évaluation de l'état de dépendance physique réalisée par le SECM. De plus, il n'y aurait pas de procès-verbal d'audition de l'assurée qui aurait été entendue sur le trottoir, alors qu'elle rentrait chez elle. Le SECM a établi l'échelle de Katz avec le médecin traitant. L'enquêteur a, en effet, croisé Mme Z. dans la rue : elle promenait son chien, ce qui confirme que l'assurée n'avait pas de problème de mobilité et que son état de dépendance physique ne pouvait pas justifier un forfait B. Cette assurée n'est pas reprise à la fiche indices de fraude, de sorte que cette explication de Mme A. est hors débat.

Concernant Madame R., Mme A. indique avoir effectué des soins de plaies complexes durant l'année 2016 et avoir sollicité les certificats médicaux à cet égard. Le SECM ne peut que constater que la patiente a déclaré n'avoir eu que la toilette, jamais de pansements, ni d'injection. Des certificats de soins de plaies ne peuvent être rédigés a posteriori. De plus, elle a déclaré à la patiente que celle-ci avait été déclassée en T2 et lui réclamait pour les 5 autres toilettes, 10 euros par toilette, donc 50 euros la semaine, en noir, alors qu'elle

touchait, par ailleurs, les 7 toilettes de la mutuelle. Des prestations au nom de cet assurée ont été portées en compte, par Mme A., depuis septembre 2016, ce qui, compte tenu de tous ces éléments, constitue un indice de fraude dans le chef de Mme A.

Concernant Madame AB', Mme A. indique que des soins de plaies ont été effectués du 22/02/2016 au 22/03/2016 (cf. certificat médical, annexe n°6). Le SECM a pu constater que si 30 injections de Clexane ont été réalisées, Madame A. a continué à en facturer jusqu'en juin 2016. La prescription 1 injection de Clexane 0,6 s/c et 1 pansement avant bras g iso pour un mois date du 22/02/16. Le soin de plaie était un soin de plaie simple. En outre, des soins de plaies complexes ont été attestés du 01/03/2016 au 30/06/2016. Or, la patiente déclare ne plus avoir eu de pansement après l'enlèvement des fils le 29/02/2016. Cette assurée n'est pas reprise à la fiche indices de fraude, de sorte que cette explication de Mme A. est hors débat.

Par ailleurs, le SECM note que, dans ses moyens de défense, Mme A. reconnaît ne pas toujours avoir agi avec probité concernant la rédaction et la facturation de certaines prestations.

Vu la gravité des faits, vu les éléments évoqués ci-dessus et vu le fait que les sommes en jeu sont des deniers publics, le Fonctionnaire-dirigeant estime qu'une suspension totale des remboursements en tiers payant à Mme A. (N° INAMI : ...) pour la période maximale de douze mois prévue à l'art. 77sexies, est justifiée.

PAR CES MOTIFS,

Le Fonctionnaire-dirigeant du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité :

- Déclare qu'il existe des indices graves, précis et concordants de fraude relatifs à la facturation à l'assurance soins de santé en tiers payant de Mme A. (N° INAMI : ...) ;
- Ordonne, conformément à l'art. 77sexies de la loi ASSI coordonnée le 14/07/1994, la suspension totale des paiements par les organismes assureurs dans le cadre du régime du tiers payant à Mme A. (N° INAMI : ...) pour une période de 12 mois. ;

Ainsi décidé à Bruxelles, le 11/05/2017

Le Fonctionnaire – dirigeant,

Dr Bernard HEPP
Médecin-directeur général