DECISION DE LA CHAMBRE DE RECOURS DU 19 MARS 2025
Numéro de rôle : FB-004-23

EN CAUSE DE : **Monsieur A.**

Infirmier gradué et assimilé

Et

SRL B.

En faillite

Comparaissant en personne et assisté de Maître C. avocate ;

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 ;

Représenté par le Docteur D., médecin-inspecteur directeur, et par Madame E., juriste.

Exposé des faits – Antécédents :

Monsieur A. est titulaire d'un diplôme de bachelier en soins infirmiers depuis 1987.

Il déclare avoir travaillé dans plusieurs hôpitaux et pour « … » et d'autres associations humanitaires. En 2008, il s'est installé en qualité d'infirmier indépendant en vue d'effectuer des soins à domicile.

Il est gérant de la SRL B., créée par acte notarié du …, et seul responsable du groupement du même nom.

Au niveau des soins infirmiers, Monsieur A. travaille avec des indépendants ainsi que des salariés :

- les deux indépendants sont Monsieur F. et Madame G. ;
- comme salariées, la SRL B. a employé Madame H., en temps plein, 38h/sem, du 28 octobre 2017 jusqu'au 16 février 2020 ainsi que Madame I. sur une plus courte période ;
- Monsieur A. emploie également deux aides-soignantes à temps plein : Madame J. et Madame K.

Au niveau de son secrétariat, Monsieur A. a employé Monsieur L. du 1er octobre 2014 jusqu'au 2 août 2020.

La SRL B. dispense des soins infirmiers à domicile : 2 tournées le matin et 2 tournées le soir, qui varient entre 11 et 15 patients le matin. Le soir, il y a une tournée plus lourde pour les infirmiers de 16h30 à 22h30 et une tournée plus légère de 17h à 21h pour les aides-soignantes (peut aussi être pour les infirmiers, en fonction des horaires).

Monsieur A. déclare effectuer des soins à domicile chaque jour de 6h30 à 22h30, WE et jours fériés compris.

Le groupement B. de Monsieur A. utilise le tiers payant. Le secrétaire encode les soins dans le logiciel WIVINE, après que l'identification du bénéficiaire de soins ait été réalisée sur le terrain par les prestataires de l'équipe de B. Fin du mois, ils vérifient ensemble les soins effectués, afin de « *combler les trous éventuels* ». Le secrétaire signe la facturation envoyée à MyCareNet, après accord de Monsieur A.

Monsieur A. ne percevait pas le ticket modérateur chez les assurés dont il s'occupait.

Les dossiers infirmiers se présentent sous forme papier.

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

Période comptable	Nombre de prestations	Remboursements
2020	17.287	344.124
2019	14.364	357.339
2018	12.689	261.122
2017	17.489	335.998
2016	12.329	304.423

Monsieur A. est au percentile 99 pour plusieurs types de prestations (notamment les forfaits B).

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

- listings informatiques demandés aux unions nationales des organismes assureurs pour la période d'introduction aux OA du 1er janvier 2015 au 31 janvier 2019 ;

- audition de 19 témoins : 7 médecins traitants, 3 kinésithérapeutes, 8 collaborateurs ou anciens collaborateurs de Monsieur A. Parmi ces témoins entendus, Monsieur A. a demandé au SECM qu'il réalise des devoirs d'enquête complémentaires : 3 prestataires de l'art infirmier ont été entendus ;

- 28 PVA assurés ont été réalisés : 1 a été entendue 2x, la sœur d'un assuré a été entendue 3x ;

- 4 constats de visite d'assurés ont été réalisés ;

- audition de Monsieur A. (assisté de son avocate, Maître C.) les 18 décembre 2019, 21 janvier 2020 et 27 février 2020. Les PVA ont été respectivement envoyés les 23 décembre 2019, 30 janvier 2020 et 6 mars 2020.

Un PVC, avec invitation au remboursement volontaire, a été dressé à charge de Monsieur A. en date du **31 mars 2020** et lui a été adressé par pli recommandé le 31 mars 2020, ainsi qu'à la SRL B.

Des échanges de courriers ont ensuite eu lieu entre le SECM et l'avocate de Monsieur A. et le SECM a déposé sa **requête en date du 7 mars 2022**.

Aux termes de celle-ci, le SECM demandait à la Chambre de première instance de déclarer que les griefs suivants étaient établis dans le chef de Monsieur A. et de la SRL B. :

- Grief 1 – art. 73bis, 1° de la loi SSI – 3.657 **prestations non effectuées** pour 7 assurés - Indu : **63.085,52 €** ;

- Grief 2 – art. 73bis, 2° de la loi SSI – **prestations non conformes** – subdivisé en 4 branches :

  - *1ère branche (= grief 2 ci-après)* : avoir facturé à l'assurance soins de santé des prestations alors que les prescriptions médicales ne répondent pas aux conditions fixées par l'article 8§2 de la nomenclature – 149 prestations - Indu : **6.892,79 €** ;

  - *2ème branche (= grief 3 ci-après)* **:** avoir facturé à l'assurance soins de santé des prestations « *application de collyre et/ou de pommade ophtalmiques en phase post-opérative* » alors que l'assuré n'avait pas subi de chirurgie ophtalmique. Par ailleurs, ce code de nomenclature ne peut pas être attesté plus d'un mois – 1.760 prestations – Indu : **5.956,76 €** ;

  - *3ème branche (= grief 4 ci-après)* : avoir surévalué l'état de dépendance physique de 11 assurés dont une assurée comptée deux fois car deux échelles de Katz différentes dans le temps – 5.138 prestations – Indu : **101.242,92 €** ;

- *4ème branche (grief 5 ci-après)* : avoir facturé à l'assurance soins de santé des prestations de soins infirmiers non conformes car les dossiers infirmiers ne sont pas conformes au prescrit de la nomenclature – 3.661 prestations – Indu : **81.766,16 €**.

Soit un indu total de **195.858,63 euros** pour les prestations non conformes.

En conséquence, le SECM demandait à la Chambre de première instance de :

- Condamner solidairement Monsieur A. et la SRL B. au remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé, soit la somme de **258.944,15 €** (soit 63.085,52 € + 195.858,63 €) (article 142, §1er, 1° et 2°, de la loi SSI) ;

- Condamner Monsieur A. au paiement d'une amende administrative s'élevant à **200 %** du montant de la valeur des prestations indues, soit la somme de 126.171,04 € (article 142, §1er, 1° de la loi SSI) ;

- Condamner Monsieur A. au paiement d'une amende administrative s'élevant à **150 %** du montant de la valeur des prestations indues, soit la somme de 171.138,70 € (article 142, §1er, 2° de la loi SSI) ;

- Dire qu'à défaut de paiement des sommes dues 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 8 mai 2023, la Chambre de Première instance :

- Déclare établis les griefs formulés pour tous les cas cités dans la note de synthèse ;

- Condamne Monsieur A. et la SRL B. au remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé, soit la somme de **258.944,15 €** (article 142, §1er, 1° et 2°, de la loi SSI) ;

- Condamne Monsieur A. au paiement d'une amende administrative s'élevant à **200 %** du montant de la valeur des prestations indues pour le grief 1, soit la somme de **126.171,04 €** (article 142, §1er, 1° de la loi SSI) ;

- Condamne Monsieur A. au paiement d'une amende administrative s'élevant à **150 %** du montant de la valeur des prestations indues pour les griefs 2 à 4 (à l'exception du grief 5), soit la somme de 171.138,70 € (article 142, §1er, 2° de la loi SSI), dont 50 % avec un sursis de 3 ans, soit une amende administrative effective de **85.569,35€ ;**

- Dit qu'à défaut de paiement des sommes dues par Monsieur A. et la SRL 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 requête d'appel du 7 juin 2023, Monsieur A. et la SPRL B. ont introduit un recours à l'encontre de cette décision dont ils contestent tant le principe que les motifs.

Par voie d'appel incident, le SECM s'oppose à l'octroi d'un sursis.

Les appels principal et incident, réguliers dans la forme et dans le temps sont recevables, leur recevabilité n'étant d'ailleurs pas contestée.

La SRL B. a été déclarée en faillite par jugement du tribunal de l'entreprise de …, division … du … et Me M. et N. désignés curateurs.

Par acte du 6 février 2025, Me M. et N. déclaraient reprendre l'instance mue à l'encontre de la SRL B.

En application de l'article XX.119 du Code de droit économique (ancien article 63bis de la loi du 08.08.1997 sur les faillites), toutes les procédures intéressant la masse dans lesquelles le failli est impliqué et qui sont pendantes à la date de la faillite sont suspendues de plein droit jusqu'à ce que la déclaration de la créance ait eu lieu. Elles restent suspendues jusqu'après l'enregistrement du premier procès-verbal de vérification, sauf si le curateur reprend les procédures dans l'intérêt de la masse.

Le curateur, représentant légal du failli et de l'ensemble des créanciers de la masse, est donc le seul à avoir la qualité pour intenter un procès ou exercer une voie de recours, après le jugement déclaratif de la faillite.

De même, il sera en principe le seul à pouvoir poursuivre les procès en cours qui ont été intentés par ou contre le failli, avant le jugement déclaratif de la faillite.

Il est à cet égard admis que toutes les procédures en cours doivent être « *poursuivies »* par le curateur. Ce dernier ne doit toutefois pas formellement « *intervenir* » au débat : la tâche de « *représenter* » le failli lui incombe de droit et de manière automatique sans qu'un acte formel de reprise d'instance ne soit nécessaire dans son chef.

En cas de faillite d'une société, il n'y a en effet pas de changement d'état au sens de l'article 815 du Code judiciaire de sorte qu'il n'appartient pas au curateur de reprendre l'instance (Fettweis, Manuel de procédure civile, n° 661, p. 453).

Discussion :

A) Procédure :

A.1) Droits de la défense :

C'est en vain que M. A. invoque de soi-disant lacunes dans le déroulement de l'enquête menée par le SECM, lacunes énumérées dans le courrier adressé le 24 avril 2020 au SECM.

Le SECM a cependant répondu de manière détaillée audit courrier dès le 29 mai 2020.

En l'espèce il apparaît que :

La première invitation pour une audition prévue le 30 octobre 2019 a été envoyée à Monsieur A. le 7 octobre 2019 avec une liste de dossiers infirmiers à présenter. Après plusieurs reports d'audition, Monsieur A. s'est présenté à une première audition le 18 décembre 2019 sans les dossiers infirmiers demandés. Deux autres auditions ont également eu lieu le 21 janvier 2020 et le 27 février 2020.

Dans ses courriers recommandés des 11 et 18 mars 2020, Monsieur A. indique notamment ne pas avoir terminé la transcription de son dictaphone. Cet élément est sans incidence sur le bon déroulement de l'enquête, celle-ci ayant été réalisée pour ses propres besoins.

Il explique également que suite à son déménagement il a un problème d'absence de connexion internet non rétablie en raison du confinement, ce problème dont la réalité n'est pas démontrée est inopposable au SECM. Par ailleurs les auditions de Monsieur A. étant bien antérieures au confinement, ce dernier a dès lors eu largement le temps de regrouper des documents complémentaires sachant dès octobre 2019 que le SECM lui demandait des précisions sur les soins apportés à plusieurs patients.

Monsieur A. affirme avoir reçu tardivement la copie de la dernière audition du 27 février 2020 soit après l'établissement du procès-verbal de constat. La copie du procès-verbal d'audition reçue après le procès-verbal de constat est cependant une copie renvoyée ultérieurement par le SECM à la demande de Monsieur A.

Monsieur A. et la SRL B. reprochent au SECM de ne pas avoir procédé à certains devoirs d'enquête, notamment à certaines auditions et confrontations. A cet égard toutefois il convient de rappeler que les articles 21, 25 et 27 du Code pénal social attribuent aux inspecteurs sociaux un large pouvoir d'appréciation en ce qui concerne la collecte d'informations et la tenue des auditions. Les inspecteurs sociaux peuvent interroger, soit seuls, soit ensemble, soit en présence de témoins, toute personne dont ils estiment l'audition nécessaire. Ils ne sont donc pas tenus de procéder à des confrontations s'ils les estiment inopportunes ou encore inutiles.

Ce sont les inspecteurs sociaux qui organisent et dirigent l'enquête. Si les dispensateurs de soins peuvent solliciter des devoirs d'enquête complémentaires, les inspecteurs sociaux ne sont pas tenus d'y réserver une suite favorable.

Lors de son audition du 21/01/2020, Monsieur A. a demandé qu'un acte d'enquête complémentaire soit réalisé : l'audition de Monsieur L.

Cette audition a eu lieu le 29/01/2020.

Il y a également lieu de relever que plusieurs auditions ont été réalisées à la demande de Monsieur A. après l'envoi du procès-verbal de constat.

Ainsi, Monsieur F. a été auditionné le 28/10/2020, Madame G. a été entendue le 21/10/2020 et Madame H. a été auditionnée le 23/10/2020.

Le service a donc accédé à plusieurs demandes de Monsieur A. tout en restant dans le cadre des prérogatives qui lui sont attribuées par le Code pénal social pour la tenue des auditions et, plus globalement, pour la direction de l'enquête.

Monsieur A. a lui-même été entendu à trois reprises et a pu faire valoir ses observations après l'envoi du procès-verbal de constat.

De nombreuses auditions ont par ailleurs eu lieu : 7 médecins traitants, 3 kinésithérapeutes, 8 collaborateurs ou anciens collaborateurs de Monsieur A. (dont les personnes auditionnées à la demande de Monsieur A.) ont été entendus.

Les auditions de 28 assurés ont été réalisées : une assurée a été entendue deux fois, la sœur d'un assuré a été entendue trois fois. 4 constats de visite d'assurés ont également été réalisés. Il a également été procédé à l'analyse des listings informatiques transmis par les unions nationales des organismes assureurs et par les organismes assureurs conformément à l'article 138 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 ainsi qu'à l'analyse des relevés de médicaments fournis par les pharmacies.

Monsieur A. et la SRL B. considèrent que l'enquête a été menée à charge et de manière orientée.

Le fait d'avoir réalisé plusieurs devoirs d'enquête à la demande de Monsieur A. démontre à suffisance que l'enquête n'a nullement été orientée. Les inspecteurs sociaux ne sont par ailleurs pas tenus d'instruire à charge et à décharge (Chambre de recours, 05.07.2013, FB-007-12 ; Chambre de recours, 27.11.2013, FB-002-12 ; Chambre de recours, 25.04.2017, FB-011-14).

Il ne peut notamment être reproché au SECM de ne pas avoir entendu les aides-soignantes, Mesdames J. et K. qui n'étaient pas qualifiées pour procéder à l'évaluation des échelles de KATZ.

Il découle de ce qui précède que le SECM s'est conformé au Code de droit pénal social et aux dispositions spécifiques prévues par la loi ASSI (art. 142) au niveau de la recherche et du constat de l'infraction reprochée.

Les droits de la défense de M. A. ont été respectés par l'application de ces dispositions.

L'invitation pour l'audition était suffisamment claire quant à son objet.

M. A. a pu réagir suite à son audition, communiquer des précisions et rectifier le procès-verbal d'audition. Il a pu, via ses conseils, communiquer des observations écrites suite au procès-verbal de constat. C'est seulement ensuite que le SECM a décidé de saisir la Chambre de Première instance.

Il s'ensuit que l'instruction du dossier a été menée régulièrement sans qu'aucune violation des droits de la défense de M. A. ne puisse être retenue.

Pour le surplus la Chambre de recours s'estime suffisamment éclairée par les éléments produits au dossier de la procédure sans qu'il n'apparaisse nécessaire d'ordonner un quelconque devoir d'enquête complémentaire.

A.2) Responsabilité de Monsieur A. pour les prestations accomplies par les autres infirmiers :

Monsieur A. et la SRL B. estiment que dans l'hypothèse où Madame G. et Monsieur F. ne se seraient pas conformés aux dispositions légales et règlementaires, ils ne peuvent être tenus responsables d'éventuels manquements.

Ce moyen est cependant non fondé dès lors qu'en vertu de l'article 2n de la loi ASSI, Monsieur A., en sa qualité de personne physique qui organise la dispensation des soins ainsi que la perception des sommes dues par l'assurance soins de santé, est responsable du groupement B. Il travaille avec des infirmiers indépendants pour qui est utilisé le numéro du groupement lorsqu'ils travaillent pour lui.

Au niveau de la facturation, Monsieur L., secrétaire, sans formation paramédicale, encode les prestations du groupement, y compris celles réalisées par les infirmiers indépendants lorsqu'ils travaillent pour le groupement infirmier, et envoie la facturation à MycareNet après contrôle de Monsieur A. qui vérifie les soins qui sont facturés. Il a donc encodé la facturation des prestations de soins réalisées par Madame G. et Monsieur F., sous la supervision de Monsieur A.

Madame G. et Monsieur F. n'avaient aucun accès à la facturation des soins lorsqu'ils travaillaient pour le groupement. Si c'est l'infirmier qui doit compléter les échelles de Katz, dans le présent dossier, c'est Monsieur L., salarié, qui les a complétées et renouvelées pour les membres qui travaillent pour le groupement sous la supervision de Monsieur A. Ce dernier est donc responsable des prestations facturées pour son groupement infirmier y compris les prestations effectuées par les infirmiers indépendants.

A.3) En ce qui concerne la révision des échelles de Katz avec effet rétroactif :

La législation permet aux inspecteurs du SECM de dresser des procès-verbaux de constat relatifs à des prestations antérieures au jour où le procès-verbal de constat est rédigé.

Ainsi, l'article 142, § 2 , alinéas 1 et 2 de la loi SSI coordonnée le 14 juillet 1994 prévoit que: « *Les éléments matériels de l'infraction visée à l'article 73bis sont constatés par les inspecteurs sociaux visés à l'article 146 dans un procès-verbal établi conformément à l'article 64 du Code pénal social. A peine de nullité, ces constatations doivent intervenir dans les trois ans :*

a) à compter du jour où les documents relatifs aux faits litigieux sont reçus par les organismes assureurs. ».

En l'espèce, les constatations ont bien été établies dans le délai de 3 ans visé dans cette disposition.

B) Eléments matériels constitutifs de l'infraction - remboursement de l'indu :

B.1) Principes:

En application de l'article 142, §1, 2° de la loi coordonnée le 14.07.1994 (pour les faits commis à partir du 15.05.2007), le dispensateur de soins qui porte en compte à l'assurance soins de santé des prestations non conformes ou non effectuées est sujet au remboursement de la valeur des prestations concernées.

Il suffit que les éléments matériels constitutifs d'une infraction "réalité" ou "conformité" basée sur l'article 73bis de la loi coordonnée le 14.07.1994 soient établis pour entraîner une obligation de remboursement de l'indu sans qu'aucun élément moral ne soit requis.

L'existence d'une éventuelle cause de justification (contrainte, erreur, force majeure, etc.) ne fait pas disparaître l'obligation de remboursement de l'indu et ne peut avoir d'incidence, le cas échéant, que par rapport à une éventuelle amende administrative.

Lorsque des prestations sont portées en compte de l'assurance soins de santé en violation de l'arrêté royal du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, un remboursement de la valeur des prestations s'impose d'autant plus que les conditions d'intervention de l'assurance soins de santé sont d'ordre public et d'interprétation stricte.

Par ailleurs lorsque les prestations ont été perçues pour son propre compte par une personne physique ou morale, celle-ci est tenue solidairement au remboursement avec le dispensateur de soins en vertu de l'article 164 al.2 de la loi coordonnée du 14.07.1994.

Le Conseil d'Etat a rappelé qu'il n'appartenait pas au prestataire de soins, fût-ce sous couvert d'interprétation téléologique, de modifier la nomenclature, de telles modifications ne pouvant être apportées que par les autorités compétentes et selon les procédures prévues par les dispositions législatives et réglementaires ayant pareil objet (C.E., arrêt n° 130.202 du 9 avril 2004, inédit).

Le non-respect de la nomenclature des prestations de soins de santé contraint dès lors le prestataire de soins à rembourser le montant des prestations indûment portées en compte de l'assurance soins de santé.

B.2) Infractions - Normes applicables :

L'article 73*bis* de la loi ASSI dispose que :

« Sans préjudice d'éventuelles poursuites pénales et/ou disciplinaires et nonobstant les dispositions des conventions ou des accords visés au Titre III, il est interdit aux dispensateurs de soins et assimilés, sous peine des mesures énoncées à l'article 142, §1er :

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 ;
(…)

Les documents réglementaires précités visent aussi bien les documents papier que les documents en version électronique conformément à l'article 9bis. »

B.3) Examen des griefs reprochés en l'espèce :

B.3.1) *Grief 1 basé sur l'article 73bis, 1° de la loi ASSI - prestations non effectuées :*

En l'espèce, il s'agit de 3.657 prestations non effectuées pour un montant indu de 63.085,52€. Ce grief concerne 7 assurés .

- **Assuré 1 - Monsieur O.** :

Ainsi que l'a relevé à juste titre la Chambre de première instance, il n'est pas possible de retracer la délivrance que de 181 perfusions de chlorure de sodium au nom de Monsieur O.

Il ne peut être tenu compte des propos de Monsieur A. selon lesquels il aurait utilisé les perfusions de patients décédés ou encore un « caddie » de perfusions reçu d'une autre patiente.

Monsieur A. ne produit en effet aucune pièce probante à l'appui de ses déclarations (factures, bon de livraison) en dehors d'attestations obtenues *in tempore suspecto* dans des circonstances non vérifiables.

Une telle manière de procéder apparaît d'ailleurs peu crédible dès lors qu'en agissant de la sorte M. A. n'aurait eu aucune garantie quant à la date de validité de ces perfusions et de leur provenance, mais également parce que procéder à de tels actes correspond à l'accomplissement habituel de la délivrance à titre gratuit de médicaments, ce qui serait passible des sanctions pour l'exercice illégal de l'art pharmaceutique (art. 4 de l'A.R. du 10/11/1967, n°78, relatif à l'exercice des professions des soins de santé).

La Chambre de recours n'aperçoit par ailleurs pas l'utilité de procéder de la sorte dès lors que ces perfusions sont quasi intégralement remboursées par la sécurité sociale.

L'affirmation de Monsieur A. selon laquelle il mettait la perfusion le soir et venait la retirer le matin est par ailleurs contradictoire avec la déclaration de Madame H., l'infirmière qui passait tous les soirs « *Je m'en occupais déjà en octobre 2017. C'était en soirée uniquement. Je faisais le change de sa protection, je nettoyais sa trachéo, glycémie + insuline et je lui donnais ses médicaments du soir par la sonde de gastrostomie. Il y a eu des soins de plaies au siège. Pas d'hypodermoclyse. Pas d'autre soin, il me semble*. ». Ces déclarations sont claires et on n'aperçoit pas pourquoi les perfusions auraient justement été stoppées lors de l'arrivée de Madame H., 3 mois avant le décès de Monsieur O.

En tout état de cause, le dossier infirmier pour les prestations techniques spécifiques (perfusions) ne contient pas le minimum prévu par la nomenclature des prestations de santé. Il n'est, dès lors, pas possible, grâce à celui-ci, d'étayer la réalité de ces prestations de santé et/ou d'établir les dates réelles de leur réalisation.

- **Assurée 2 - Madame P.** :

Ce grief concerne 584 prestations « *mise en place et/ou surveillance des perfusions intraveineuses ou sous-cutanées* », en semaine et WE, au domicile de l'assurée.

Au vu des éléments recueillis lors de l'enquête, il apparait que Monsieur A. a porté en compte à l'ASSI ces prestations non effectuées. Ce grief est confirmé par les auditions complémentaires effectuées à la demande de Monsieur A. :

- Dans son audition du 23 octobre 2020, Madame H., ancienne collaboratrice de Monsieur A. a déclaré :

« *Le matin, toilette complète au lit avec change de protection, réfection de lit, pansement à la hanche, massage points d'appuis. Elle mangeait seule les plats préparés par sa fille. Pas d'hypodermoclyse ou d'alimentation entérale / parentérale. Cependant, j'ai déjà vu du matériel pour des hypodermoclyses (trousses – poches – butterfly). Je n'en ai jamais mise moi-même ni ôtée. J'y allais régulièrement suivant mon horaire de travail. Elle était dans ma tournée. Elle était incontinente, totale, fécale et urinaire. On utilisait un palan pour les transferts (lit / fauteuil – fauteuil / lit).* »

- L'audition de Madame Q., en date du 21 octobre 2019 :

« *P. : toilette, insuline, pansement mèche. Je n'ai jamais mis de perfusion chez madame P. Je n'ai d'ailleurs jamais mis de perfusion nulle part*. »

- Audition de Madame R., en date du 21 octobre 2019 :

«Monsieur S., il habitait …. Chez madame, je faisais la toilette, un pansement, il me semble, un grand pansement avec des mèches. Je n'ai jamais mis de perfusion, elle buvait seule. Je faisais l'insuline, c'était madame P., l'ex-épouse de monsieur S.»

- Audition de Madame I., en date du 22 octobre 2019 :

« *[…] Madame P. : toilette complète tous les jours. Je n'ai jamais mis d'hypodermoclyse ni enlevé. Il y avait des petits aiguilles, comme un petit cathéter mais c'était pour irriguer une plaie. Elle avait un pansement avec des mèches. 2 passages par jour + 2 passages de la carte. Pour l'irrigation, je ne gardais que le tube de l'aiguille*. »

Les éléments relevés ci-avant concernant Monsieur O. valent également dans le cas de Madame P.

Le fait que Madame P. serait éventuellement confuse et désorientée ne permet pas de remettre en cause le grief dès lors que le SECM n'a pas fondé celui-ci sur ses seules déclarations mais sur un ensemble convergent de déclarations.

Il y a notamment les déclarations de Madame T. (belle-fille de Madame P.), qui a déclaré, à propos des prescriptions de perfusions, que: « *C'est si nécessaire. Il y a des lustres qu'on n'en a plus mis. Je n'ai pas de dossier médical spécifique pour ma belle-mère. Elle n'a jamais reçu de perfusions tous les jours, ça j'en suis formelle. Vous me dites qu'elle en aurait reçu environ 1000 du 01.01.16 au 30.09.18. C'est inexact ! Les perfusions ont été placées par périodes ; parfois tous les jours quelques jours, puis plus rien pendant une période. Je ne dispose pas de documents écrits relatant les dates concernées. En 2019, il n'y en a plus eu.".*

Dans son audition du 21 janvier 2020, Monsieur A. a déclaré : « *…Mme P. avait 500 ml 1x par jour le soir. La poche était enlevée le matin.* ».

Or, il ressort des auditions des infirmières qu'elles n'ont pas été amenées à enlever des perfusions le matin, acte qu'elles auraient dû faire si une perfusion avait été mise en soirée.

On n'aperçoit pas la raison pour laquelle Monsieur A. passerait spécialement le matin pour enlever la perfusion alors qu'un passage d'une autre infirmière était en tout état de cause prévu le matin.

Il s'ensuit que c'est à juste titre que la CPI a pu considérer que seules devaient être retenues les perfusions qui ont fait l'objet d'une délivrance par une pharmacie et qui ont été placées durant la période allant de leur date de délivrance jusqu'au 31 octobre 2018 inclus. 604 prestations techniques spécifiques (perfusions), pour la période allant du 1er février 2017 au 30 septembre 2018 inclus, introduites au remboursement du 31 mars 2017 au 31 octobre 2018 inclus, ont été portées en compte à l'ASSI, alors que seulement 20 perfusions de 500 ml ont été délivrées par la pharmacie.

Il en résulte que 584 prestations (soit : 604 – 10 – 10 = 584) du 1er février 2017 au 30 septembre 2018 inclus, sont concernées par le grief. Ces prestations représentent pour l'ASSI un indu 27.440,80 €.

- **Assurée 3 - Madame U.** :

Le grief concerne 22 prestations de type « *Première prestation de base* » , « *Soins d'hygiène (toilettes)* », « *Honoraires forfaitaires, dits forfait A, […]* », « *Honoraires forfaitaires, dits forfait B, […]* », en semaine et WE, au domicile de l'assurée pour la période du 28 septembre 2017 au 8 octobre 2018 inclus.

En l'espèce, la toilette de Madame U. n'a pas pu être réalisée par Monsieur A. ou son équipe pendant ses vacances en Espagne, destination à laquelle elle se rend avec son compagnon depuis au moins 5 ans, toujours aux mêmes dates (cfr. PVA assurée du 18/06/2019). L'indu pour l'ASSI s'élève à 493,92 €.

Monsieur A. ne conteste pas ce grief. Il est donc établi.

- **Assuré 4 - Monsieur V.** :

Le grief concerne 302 prestations de type « *Première prestation de base* » , « *Soins d'hygiène (toilettes)* », « *Honoraires forfaitaires, dits forfait A, […]* », « *Honoraires forfaitaires, dits forfait B, […]* », en semaine et WE, au domicile de l'assuré.

Sur la base des éléments recueillis lors de l'audition de I. en date du 22 octobre 2019 (« *Je passais également la carte chez des patients chez qui on ne faisait pas de soin tous les jours. […] Monsieur V. : mari de madame W., on le lavait 1x/sem, souvent 1 jour le weekend mais si je ne travaillais pas le weekend, c'était le vendredi. Je passais la carte tous les jours, on m'avait dit de faire comme ça lors de mon écolage*. ») et des éléments recueillis lors de l'audition de Madame W. et de Monsieur V. en date du 18 novembre 2019 (« *Mon ami, monsieur V., reçoit des toilettes 1x/semaine, à mon domicile, le samedi matin. Monsieur V. précise : - Je n'ai jamais reçu d'autre soin, que des toilettes. - Je marche seul. - J'ai eu des problèmes d'incontinence accidentelle pour les selles et les urines de 2017 à 2018 plus ou moins. On ne me lavait qu'une fois par semaine, même à ce moment-là. J'ai toujours marché seul. Je n'ai jamais eu d'autre soin. - Je n'ai jamais eu besoin de personne pour me lever du fauteuil et du lit. - Je n'ai jamais été lavé quand j'étais à …* . »), il est établi que les toilettes n'étaient réalisées qu'une fois semaine, le samedi.

Dans son audition du 23 octobre 2020, Madame H. (auditionnée sur demande de Monsieur A. dans le cadre de devoir d'enquête complémentaire) a déclaré : « *Le matin, toilette complète à l'évier tous les jours. Se déplaçait seul, pas d'incontinence. Pas d'autre soin. Dossier infirmier au domicile. Personnellement, je ne lavais que le samedi, monsieur V. Il l'avait demandé*. ».

Il n'existe aucune raison de remettre en cause l'audition de Monsieur V. effectuée par un agent assermenté. Ce n'est pas parce qu'il a déclaré plus tard qu'il pensait qu'il s'agissait d'agents de la Maison … (organisme de logements sociaux) que ses déclarations concernant les toilettes réellement effectuées devraient être remises en cause. Ces déclarations ont d'ailleurs été confirmées par les infirmières. Le grief est donc établi.

- **Assurée 5 - Madame X.** :

Le grief concerne 805 prestations de type « *frais supplémentaires de déplacement des praticiens de l'art infirmier* ».

En l'espèce, les frais de déplacements supplémentaires ne pouvaient être introduits à l'ASSI, car la commune ne correspond pas aux communes prises en compte pour ce type de frais de déplacement. En effet, l'assurée réside à … (…) et les soins ont été réalisés à cette adresse (cfr audition de Monsieur A. en date du 27/02/2020 : « *Je faisais les soins dans le bâtiment « … », …* »).

Ce grief n'est pas contesté par Monsieur A. Il est donc établi. Le fait qu'il n'ait pas eu d'intention frauduleuse est sans incidence.

- **Assurée 6 – Madame Y.**

Le grief concerne 1240 prestations de type « *frais supplémentaires de déplacement des praticiens de l'art infirmier* ». Dans le cas de cette assurée, les frais de déplacements supplémentaires ne pouvaient être introduits à l'ASSI, car la commune ne correspond pas aux communes prises en compte pour ce type de frais de déplacement. En effet, l'assurée réside à … (cfr audition de Monsieur A. : « *Je la soignais … à … . Je soignais aussi son mari.* »).

Ce grief n'est pas contesté par Monsieur A. et est donc établi.

- **Assuré 7 - Monsieur Z.** :

Ce grief concerne 523 prestations de type « *Honoraires forfaitaires, dits forfait A, […]* », « *Honoraires forfaitaires, dits forfait B, […]* », en semaine et WE, au domicile de l'assuré.

En l'espèce, aucune toilette n'a été réalisée par le prestataire ou un membre de son équipe. Cela ressort des auditions suivantes :

- Audition du 26 novembre 2019 de Monsieur Z. : « *A la question : quels soins prodigue-t-il ? Je vous réponds qu'il prépare les médicaments pour la journée dans une boite spéciale avec les horaires. Madame AA' précise qu'il s'agit d'un journalier. Je prends 26 prises de médicaments par jour. Le timing est important. Je les prends à 8h, 11h, 14h, 17h, 20h et 21h. […] Monsieur A. passe 1 fois par jour et il vérifie que j'ai pris mes médicaments. Une fois ou l'autre, ils ont fait mes ongles de pieds mais c'est très rare. C'est Monsieur A. qui a fait mes ongles de pieds. Je fais ma toilette moi-même. A la question Monsieur A. ou un de ses remplaçants vous a déjà lavé ? Je vous réponds non, je fais mes toilettes moi-même. Monsieur A. prend ma tension, c'est rare, c'est quand je lui demande*. » ;

- Audition du 28 octobre 2019 de Madame AB', kinésithérapeute: «*Monsieur Z., place …, ancien gynécologue. Il a la maladie de Parkinson.(…). Chez lui, il y a un code, il faut sonner 2 fois. Il n'y a que le semainier qui est fait chez ce patient. Monsieur A. m'a dit que c'était un accord avec le médecin et le patient car donner des médicaments, ça ne rapportait rien. C'est le Dr AC'. Monsieur Z a une personne de confiance, AD' … . Il y a donc eu la consigne de ne pas ouvrir à l'INAMI. Le dossier infirmier a été complété avant votre passage. Dans la précipitation, ils ont même coché les soins kiné tous les jours alors que je n'y vais que 3 fois. Monsieur A. a dit que pour éviter tout problème, il reprenait le cahier de communication et qu'il irait dorénavant gratuitement. On ne l'a jamais lavé. Il en aurait besoin, mais il le fait seul. Il va aux toilettes seul. Il n'a pas de lange. Il se mobilise seul dans la maison. Il a été chercher des vignettes de mutuelle à la mutualité neutre avec sa canne. Monsieur A. apporte à Monsieur Z. des gâteaux*. *Monsieur Z. a demandé des comptes à Monsieur A. et il a haussé le ton et il a eu peur. C'est le patient qui me l'a raconté. On n'a rien expliqué à Monsieur Z., comment on prend le Prolopa. C'est Monsieur A. qui y passe tous les jours. Il met les médicaments tous les jours dans les pots à médicaments*») ;

- Audition du 21 octobre 2020 de Madame G. :
  « *Mr Z., je n'ai pas fait de toilette. J'y allais seulement pour lui préparer et lui donner ses médicaments. Il était parkinsonien, je devais donc rester et attendre qu'il prenne les médicaments que j'avais préparés. Il se déplaçait difficilement et je devais attendre qu'il se déplace jusqu'à la porte pour m'ouvrir. Il se déplaçait avec un gadot.* » ;

- Audition du 23 octobre 2020 de Madame H. : « *Le matin, préparer les médicaments du soir et du matin (le lendemain). Il prenait seul ses médicaments. Déplacements avec canne. Se levait seul. Mangeait seul. Pas de toilette. Une période avec un soin sur un orteil. Pas d'autre soin*. ».

Monsieur A. ne produit pas de pièces permettant de contredire les déclarations des infirmières selon lesquelles aucune toilette n'était effectuée chez M. Z.

En ce qui concerne les prescriptions du médecin traitant de Monsieur Z. : le fait de prescrire des soins n'implique pas de facto que ceux-ci aient été effectivement réalisés.

En ce qui concerne les captures d'écran de la personne de confiance de Monsieur Z. produites par Monsieur A. : les extraits de ces conversations avec une certaine AD' ne mentionnent pas la réalisation de toilettes. De plus, la dame de confiance (AD') était présente lors de l'audition de Monsieur Z. et n'a pas contredit les propos de celui-ci. Les déclarations de Madame AB' ne doivent pas être écartées dès lors qu'elles vont dans le même sens que les autres déclarations.

Madame J. a déposé une attestation écrite et précise que c'est Monsieur A. qui s'occupait de sa toilette. Elle passait entre 12h et 13h pour voir si tout se passait bien pour la prise de médicaments. Elle n'était donc pas présente lors des toilettes alléguées et son audition n'apporterait rien de plus.

Il découle de ce qui précède que le grief 1 est établi pour tous les cas retenus dans la note de synthèse pour un indu total de **63.085,52 €.**

B.3.2. Grief 2 basé sur l'article 73bis, 2° de la loi ASSI - prestations non conformes - prescriptions médicales incomplètes :

Le SECM reproche à Monsieur A. le fait que les prescriptions médicales remises ne remplissent pas les conditions fixées par le §2 de l'article 8 de la nomenclature. Certaines ne sont pas datées, d'autres ne reprennent pas le débit attendu, voire le nombre de prestations ou leur fréquence.

Cela concerne 149 prestations de santé non conformes (mise en place et/ou surveillance de perfusion) concernant 2 assurés (M. O. et Mme P.) pour un indu de **6.892,79 €.**

Monsieur A. et la SRL B. contestent ce grief au motif qu'il appartient aux médecins d'indiquer le débit, la nature du produit, le nombre de perfusions en rapport avec un examen complet de la situation.

Si la prescription relève de la responsabilité du médecin, il n'en reste pas moins que le praticien de l'art infirmier doit veiller, lorsqu'il atteste des prestations de santé, à ce que celles-ci soient conformes aux conditions prévues par la nomenclature des prestations de santé. Ainsi, si la prescription ne comporte pas les mentions requises, l'infirmier doit s'adresser au prescripteur pour être en mesure d'attester la prestation de soins réalisée sur la base d'une prescription qui répond aux conditions posées par la nomenclature.

Le grief est donc établi.

B.3.3. Grief 3 basé sur l'article 73bis, 2° de la loi ASSI : prestations non conformes - application de collyre et/ou pommade ophtalmique

En l'espèce, il s'agit de 1.760 prestations de santé non conformes (application de collyre et/ou de pommade ophtalmique en phase post-opératoire) concernant un assuré, monsieur S.

Monsieur A. ne pouvait pas attester de l'application de collyre et/ou pommade ophtalmique post-opérative vu que le patient n'avait pas subi de chirurgie ophtalmique. De plus, ce code de nomenclature ne peut être attesté aussi longtemps. L'indu s'élève à 5.956,76€.

Lors de son audition du 21 octobre 2020, Monsieur A. a déclaré : « *Je n'ai pas de dossier. Je pensais que je n'en avais pas besoin pour ce genre de cas. En effet, je lui mettais des gouttes dans les yeux. […] Mr S. n'a pas à ma connaissance été opéré des yeux. Vous m'apprenez que l'application d'un collyre avec le code de nomenclature 424454/424292 n'est prévue et attestable que en phase post-opératoire et pour 30 jours. Je n'étais pas au courant. J'ai attesté en toute bonne foi. Vous m'apprenez que dans ces cas, il faudrait aussi un dossier infirmier. Ce n'est d'ailleurs pas mon seul patient dans ce cas*.»

Le fait que M. S. aurait été opéré en 2015 est sans rapport avec les soins prodigués.

Lors de son audition du 18 juin 2019, Monsieur S. a déclaré qu'il avait un problème de vision mais qu'il n'avait jamais été opéré au niveau des yeux. L'infirmière lui a appliqué des gouttes dans les yeux, le matin, environ pendant un an.

Le Docteur T. a déclaré en date du 20 août 2019 que Monsieur S. n'avait jamais été opéré au niveau oculaire.

Toutes les auditions concordent dans le sens où Monsieur S. n'a jamais été opéré des yeux. Les conditions pour l'application du code litigieux n'étaient donc pas remplies. Même si les soins ont été effectués, Monsieur A. ne pouvait attester ceux-ci sous le code litigieux.

Le grief est établi et l'indu s'élève à 5.956,76 €.

B.3.4. Grief 4 basé sur l'article 73bis, 2° de la loi ASSI : prestations non conformes - surscorage échelle de Katz :

Le SECM reproche à Monsieur A. d'avoir effectué des prestations non conformes pour un montant indu total de 101.242,92€ et ce, en raison d'une mauvaise évaluation de l'échelle de KATZ pour 11 assurés :

- **Assurée 1 - Mme AF'** :

Le SECM considère que le forfait introduit (forfait C) ne correspond pas à l'état de la patiente étant donné que :

- Le score du critère de « Continence» de l'échelle d'évaluation est de « 3 ». L'assurée souffre d'incontinence urinaire totale mais pas une incontinence au niveau des selles ;

- le score du critère « Manger », suite à une visite des inspecteurs sociaux en date du 18/06/2019, a été estimé à « 2 ». Madame AF' n'était pas dépendante pour manger comme le confirme Madame H. ainsi que l'assurée elle-même ;
- des scores de « 4 » pour les critères « Se laver», « S'habiller », « Transfert et déplacements », « Aller à la toilette », un score de « 3 » pour le critère « Continence ».

Cela correspond à un degré de dépendance qualifié de « Forfait B » et non de « Forfait C », comme évalué par le prestataire.

C'est à tort que Monsieur A. considère qu'un score de 4 doit être retenu pour la continence au motif que Mme AF'. souffre d'une déformation de la colonne vertébrale et qu'elle est alitée 24 heures sur 24, qu'elle ne saurait absolument pas se retenir et serait clairement incontinente des urines et selles.

L'évaluation de l'échelle de Katz effectuée par l'inspecteur social est fondée non seulement sur ses observations mais également sur les déclarations de l'assurée et celles de son médecin traitant :

- Madame AF'. qui a déclaré : « *Je suis incontinente pour les urines. J'ai toujours su manger toute seule*.»

- Le Docteur AG' a indiqué : « *Q : A-t-elle des incontinences fécales ? R : Non, sauf si elle souffre de troubles digestifs avec selles liquides. Elle appelle habituellement un assistant AVJ pour aller à selles. Je l'ai déjà vue sur la panne*.".

- Lorsque l'inspecteur social a expliqué au Dr AG'. en quoi correspond un forfait C en détaillant l'échelle de Katz, il a déclaré : « *Elle sait manger toute seule. L'incontinence n'est pas totale, ça peut être passager…Au niveau urinaire, c'est total. Au niveau des selles, ce serait occasionnel*. ». Le Docteur AG'. a rempli une échelle de Katz reprise en annexe 2 de l'audition. Il score « 3 » le critère continence.

C'est donc bien un score de 3 qui doit être retenu pour le critère « continence », l'assurée est incontinente pour les urines mais pas pour les selles.

Monsieur A. ne prouve pas qu'elle était incontinente pour les selles. Il n'y a pas de preuve que Madame AF'. était incapable de se lever pour aller aux toilettes. Il n'y a pas de contestation de Monsieur A. concernant le critère « manger », dont le score est fixé à 3. Le degré de dépendance de Madame AF'. correspond donc bien à un forfait B et non à un forfait C.

Le grief est donc établi.

- **Assuré 2 – Monsieur AH'.** :

Le SECM considère que le forfait introduit (forfait C) ne correspond pas à l'état du patient : le score du critère de « Manger » est de 2.

Le patient est capable de manger et de boire seul, avec une aide préalable, sans stimulation nécessaire.

Avec l'échelle d'évaluation remplie avec des scores de « 4 » pour les critères « Se laver », « S'habiller », « Transfert et déplacements », « Aller à la toilette », « Continence » et un score de « 2 » pour le critère « Manger », l'assuré correspond à un degré de dépendance qualifié de « Forfait B » et non de « Forfait C », comme évalué par le prestataire.

L'audition de Madame H., en date du 23 octobre 2020, confirme l'évaluation du score de dépendance réalisée par le SECM. L'audition du Docteur AI'., médecin traitant de Monsieur AH'. confirme également l'évaluation du critère de dépendance concernant l'alimentation de l'assuré, puisqu'il confirme qu'il mange seul.

Il résulte des auditions que le patient est capable de manger et de boire seul, avec une aide préalable, sans stimulation nécessaire, ce qui correspond à un score « 2 » pour manger :

- La fille du patient a déclaré lors de son audition : « *Mon papa ne sait plus marcher, Il sait manger seul mais je dois préparer les tartines, couper la viande. Il a un matelas alternating. Il sait boire seul, sans stimulation.* ». Les déclarations de Mr A. quant aux déplacements de la fille du patient au Maroc ne sont pas de nature à remettre en cause la teneur des déclarations de Madame AJ'.
- Le Docteur AI'. reconnaît voir le patient 1 à 2 fois l'an, mais il confirme que la dernière fois qu'il l'a vu il savait manger seul.
- L'assistante du Docteur AI'. qui suit ce patient a également confirmé avoir vu le patient 6 mois avant l'audition et qu'il mangeait seul et cela depuis 2016.
- Madame H. a déclaré : « *Il savait manger avec une aide préalable*. ».
- L'attestation écrite de Madame J. ne contient aucun élément concernant ce patient. Il n'y a donc aucun élément indiquant la nécessité de l'auditionner.

L'échelle d'évaluation remplie avec un score de 2 pour l'item « manger » est celle d'un forfait B et non forfait C. Le grief est donc établi.

- **Assurée 3 - Madame AK'.** (situation avant 2018) :

Le SECM considère que le forfait introduit (forfait B) ne correspond pas à l'état de la patiente avant 2018 : le score du critère de « Transfert et déplacements » est de 2, avant 2018. La patiente se déplaçait avec un gadot et ne nécessitait pas l'aide d'une tierce personne pour se lever et/ou se coucher et pour ses déplacements. Le score du critère « Aller à la toilette » est de 1 : elle vivait seule et ne nécessitait aucune aide pour aller aux toilettes, s'essuyer et/ou s'habiller. De plus, le score du critère de « Continence » est de 2 : la patiente souffrait d'incontinence accidentelle.

M. A. affirme que Madame AK'. est reconnue comme ayant un score de 4 pour le critère « se laver » et « s'habiller » ce qui implique qu'elle est incapable de s'habiller et de se laver en dessous de la ceinture, il ne pourrait raisonnablement lui être donné un score de 2 pour aller à la toilette.

Monsieur A. et la SRL B. produisent les rapports médicaux démontrant la problématique d'incontinence et relatant l'ensemble des pathologies lourdes de la patiente Mme AK'. souffre notamment d'une obésité morbide et d'un diabète sévère.

Les critères d'appréciation sont cependant différents pour les critères « se laver », « s'habiller » et « aller à la toilette ». Les critères « se laver » et « s'habiller » ne sont pas liés au critère « aller à la toilette ».

S'essuyer après un passage aux toilettes est différent de faire sa toilette entière.

S'habiller se limite à baisser son pantalon et à le relever, il ne s'agit pas d'une aide au-dessus ou en dessous de la ceinture lors d'une toilette complète ni de s'habiller entièrement (score 3 ou 4 pour les items se laver et s'habiller) » .

Le critère « aller à la toilette » est une combinaison de 3 items : se déplacer, s'habiller (baisser et relever le pantalon et éventuellement retirer et replacer du matériel d'incontinence) et s'essuyer.

Le score du critère « Aller à la toilette » est de 1 avant 2018.

Le grief est établi.

- **Assurée 4 - Madame AK'.** (situation après 2018) :

Le SECM considère que le forfait introduit (forfait B) ne correspond pas à l'état de la patiente après 2018 : le score du critère de « Transfert et déplacements » est de 3. La patiente se déplace à ce moment avec un gadot et nécessite l'aide d'une tierce personne pour se lever et/ou se coucher et pour ses déplacements. Le score pour le critère « Aller à la toilette » est de 3. De plus, le score du critère de « Continence » est de 2 : la patiente souffre d'incontinence accidentelle.

Avec l'échelle d'évaluation remplie avec un score de « 3 » pour le critère de « Transfert et déplacements », un score de « 3 » pour le critère « Aller à la toilette », un score de « 2 » pour le critère « Continence » et un score de « 2 » pour le critère « Manger », l'assurée correspond à un degré de dépendance qualifié de « forfait A » et non de « forfait B », comme évalué par le prestataire. Ces constatations sont confirmées par l'audition du Docteur AL'. et de l'assurée, en date 22/05/2019 ainsi que par l'audition de Madame H., en date du 23/10/2020.

Après 2018, le score du critère « Aller à la toilette » est de 3. Madame AK'. a déclaré : « *Je sais aller seule à la toilette mais j'ai difficile à remonter ma culotte* ». Le rapport médical de 2020 fait état d'incontinence urinaire. Pour le critère de « transfert et déplacements » le score est de 3 puisqu'elle se déplace avec un gadot et nécessite l'aide d'une tierce personne pour se lever et/ou se coucher et pour ses déplacements. Lors de la première visite, Madame AK'. a déclaré que « *depuis le 11/02/2019, ce n'est plus … qui vient mais … et …. Elles font partie de l'équipe de … .* ».

Il convient de confirmer le forfait A. Le grief est établi.

- **Assurée 5 - Madame U.** :

Le SECM considère que les forfaits introduits auprès de l'organisme assureur ne correspondent à l'état de la patiente. En effet, les scores pour les items « Se laver » et « S'habiller » sont de 4, le score de l'item « Se déplacer » est de 3, celui pour l'item « Aller à la toilette » est de 1, le score pour le critère « Continence » est de 3 et celui pour le critère de « Manger » est de 1.

Avec une échelle de dépendance remplie avec les scores de 4 pour « Se laver » - 4 pour « S'habiller » - 3 pour « Se déplacer » - 1 pour « Aller à la toilette » - 3 pour la « Continence » - 1 pour « Manger », l'assurée correspond à un état de dépendance qualifié de « forfait A » et non « forfait B » comme évalué par le prestataire.

Ces constatations sont confirmées par l'audition de l'assurée du 18/06/2019 : « *[…] Je me déplace avec un gadot. […] Je reçois des soins infirmiers tous les jours pour ma toilette. Il vient le soir me faire une piqûre de Voltaren pour la douleur sinon je ne sais pas dormir. L'infirmier c'est … de B. […] Il me lave à la douche, j'ai une douche pour personne handicapée. […] Parfois, je vais sous la douche rincer ma figure pour me rafraichir mais je ne sais pas faire le reste. […] J'ai des protections. Pour les selles, je sens toujours, j'ai une chaise percée dans la chambre. Pour les urines, je ne sens pas toujours donc je porte des protections de jour comme de nuit. […] Je cuisine toujours. Je me déplace avec un gadot dans l'appartement. La chaise roulante sert pour quand je pars à l'extérieur. J'ai une voiturette électrique. Je sais me lever du lit et me coucher seule. Je n'ai pas besoin d'aide pour aller à la toilette, ni pour m'habiller, me déshabiller et m'essuyer. […] Mon médecin traitant est le docteur AL'. […] A la relecture, j'ai besoin d'aide pour mettre mes chaussettes, mon pantalon et ma culotte. […]* ».

Le Docteur AL'., médecin traitant de l'assurée, confirme les déclarations de Madame U.

Madame H., a déclaré qu'elle s'occupait de Madame U. occasionnellement : elle restait au lit pour les soins et ensuite elle se levait et circulait seule, elle se déplaçait sans aide, elle n'avait pas de protection.

Comme cela a déjà été relevé, en ce qui concerne la cotation de 1 pour le critère aller à la toilette par rapport aux scores 4 liés aux critères « se laver » et « s'habiller », les moyens d'appréciation sont différents pour les critères « se laver », « s'habiller » et « aller à la toilette ». Les critères « se laver » et « s'habiller » ne sont pas liés au critère « aller à la toilette » de sorte qu'un score 1 pour la toilette n'est pas incompatible avec un score 4 pour l'hygiène corporelle.

A cet égard, Madame U. a déclaré qu'elle n'avait pas besoin d'aide pour aller à la toilette, ni pour s'habiller, se déshabiller et s'essuyer et le Docteur AL'. a confirmé en audition qu'elle était capable d'aller aux toilettes.

Le grief est donc établi.

- **Assuré 6 - Monsieur AM'.** :

Le SECM considère que les forfaits introduits ne correspondent pas à l'état du patient. Le score du critère « Transfert et déplacement » est de « 2 » car le patient est capable de se déplacer hors de son domicile avec la seule aide de sa canne et ne nécessite pas l'aide de tiers pour se lever et/ou se déplacer, le score du critère « Aller à la toilette » est de « 1 » vu qu'il ne nécessite aucune aide pour aller aux toilettes. Pour le critère « Continence », un score de « 2 » a été retenu.

Avec une échelle d'évaluation de la dépendance du patient remplie avec des scores de « 4 » pour les items « Se laver » et « S'habiller », un score de « 2 » pour le critère « Se déplacer », un score de « 1 » pour le critère « Aller aux toilettes », un score de « 2 » pour le critère « Continence » et un score de « 1 » pour le critère de « Manger », le patient correspond à un état de dépendance qualifié de « Soins d'hygiène » et non « Forfait A » ou « Forfait B », comme évalué par le prestataire.

Pour calculer ce différentiel, le SECM a tenu compte des prescriptions médicales conformes permettant d'attester des soins de plaies complexes chez cet assuré. Ces constatations sont confirmées par l'audition du Docteur AN'. en date du 10/09/2018 et de l'assuré, en date du 27/06/2019.

Monsieur A. et la SRL B. produisent une attestation rédigée par la dame de compagnie de Monsieur AM'. qui explique que les infirmiers devaient lui faire sa toilette, l'habiller, lui mettre des langes.

En ce qui concerne l'attestation de Madame AO'., il y a lieu de relever que le fait de dire que M. AM'. met des langes ne remet pas en cause la cotation du critère continence à 2. M. AM'. lui-même a expliqué mettre une couche culotte jour et nuit. Le médecin traitant de l'assuré a déclaré concernant l'incontinence de son patient: « *Oui ! Mais par manque de temps et hygiène précaire* ». Madame H. a parlé d'incontinence accidentelle.

Les photos de vêtements souillés ne prouvent rien dès lors qu'il n'est pas possible d'identifier le propriétaire des vêtements en question. Au niveau déplacements, le Dr AN'. a confirmé que M. AM'. se promenait dehors seul avec sa canne.

Le grief est établi.

- **Assuré 7 - Monsieur V.** :

Le SECM considère que les forfaits introduits (forfaits A et B) ne correspondent pas à l'état du patient : le score du critère de « Transfert et déplacements » est de 1. Le patient se déplace seul et ne nécessite pas l'aide d'une tierce personne pour se lever et/ou se coucher et pour ses déplacements. Le score pour « Aller à la toilette » est de « 1 ».

Avec l'échelle d'évaluation remplie avec un score de « 1 » pour le critère de « Transfert et déplacements » et un score de « 1 » pour le critère « Aller à la toilette», l'assuré correspond à un degré de dépendance qualifié de « soins d'hygiène » et non de « forfait B » ou de « forfait A », comme évalué par le prestataire.

Dans son audition du 18 novembre 2019, Madame W. indique: « *[…]*

Monsieur V. est présent. C'est un ami qui vient m'aider (RN…). Mon ami, monsieur V., reçoit des toilettes 1x/semaine, à mon domicile, le samedi matin. Monsieur V. précise : - Je n'ai jamais reçu d'autre soin, que des toilettes. - Je marche seul. - J'ai eu des problèmes d'incontinence accidentelle pour les selles et les urines de 2017 à 2018 plus ou moins. On ne me lavait qu'une fois par semaine, même à ce moment-là. J'ai toujours marché seul. Je n'ai jamais eu d'autre soin. - Je n'ai jamais eu besoin de personne pour me lever du fauteuil et du lit. - Je n'ai jamais été lavé quand j'étais à … . »

Dans son audition, Madame H., indique : « *11) V. : Le matin, toilette complète à l'évier tous les jours. Se déplaçait seul, pas d'incontinence. Pas d'autre soin. Dossier infirmier au domicile. Personnellement, je ne lavais que le samedi monsieur V. Il l'avait demandé.* ».

Les déclarations de Monsieur V. lors de son audition sont claires concernant le fait qu'il va seul à la toilette, se déplace seul. Il mentionne une période d'incontinence accidentelle mais que, même à ce moment-là, on le lavait une fois par semaine. Il précise bien ne jamais avoir eu d'autre soin. Il n'y a dès lors pas de raison particulière justifiant l'audition complémentaire de Mesdames J. et K., les aides-soignantes n'intervenant par ailleurs pas dans la détermination des échelles de Katz. Monsieur A. dépose une attestation écrite de Madame J. qui se contente de dire qu'il fallait faire des toilettes lourdes chez Monsieur V., sans préciser si elle était chargée de ces toilettes et à quelle fréquence.

Le grief est donc établi.

- **Assurée 8 - Madame W.** :

Le SECM considère que le forfait introduit (forfait C) ne correspond pas à l'état de la patiente : le score du critère de « Manger » est de 2. La patiente nécessite une aide préalable pour manger. Pour le critère « Continence », la patiente obtient un score de 3 : elle est incontinente des urines et souffre d'incontinence accidentelle pour les selles. Avec l'échelle d'évaluation remplie avec des scores de « 4 » pour les critères « Se laver », « S'habiller », « Transfert et déplacements », « Aller à la toilette », un score de « 3 » pour le critère « Continence » et un score de « 2 » pour le critère « Manger », l'assurée correspond à un degré de dépendance qualifié de « forfait B » et non de « forfait C », comme évalué par le prestataire.

L'audition de Madame W. confirme ces constatations. C'est aussi confirmé par l'audition de Madame H. et de Madame AB'.

En ce qui concerne la cotation à 3 pour le critère continence, les auditions des divers intervenants dont celle de Madame W. vont dans le même sens : Madame W. est incontinente des urines et souffre d'incontinence accidentelle pour les selles. Le fait que Mme W. prenne un traitement lourd ou serait limitée intellectuellement n'est pas de nature à remettre en cause ses déclarations dont le contenu est confirmé par plusieurs autres intervenants s'occupant des soins de l'assurée.

La pièce 13 de Monsieur A. montrant Madame W. dans son lit ou encore le fait que l'assurée ait été en maison de repos n'invalident pas les déclarations issues des auditions.

Par ailleurs, les déclarations des intervenants allant toutes dans le même sens, il n'y avait pas de raison justifiant l'audition complémentaire de mesdames J. et K. Monsieur A. n'a d'ailleurs déposé aucune attestation émanant de ces personnes qui permettraient de penser que leur audition est nécessaire. L'attestation de Madame J. ne contient aucune précision concernant Madame W.

Le grief est établi.

- **Assurée 9 - Mme Y.** :

Le SECM considère que les forfaits introduits (forfait B et C) ne correspondent pas à l'état de la patiente : le score du critère de « Transfert et déplacements » est de 3. La patiente se déplace avec un gadot et nécessite l'aide d'une tierce personne pour se lever et/ou se coucher et pour certains de ses déplacements. Le score du critère « Aller à la toilette » est de 1 : l'assurée s'essuie seule, s'habille seule et se déplace seule jusqu'aux toilettes. De plus, le score du critère de « Continence » est de 3 : la patiente souffre d'incontinence pour les urines. Le score pour le critère « Manger » est de « 2 » : l'assurée nécessite une aide préalable pour ses repas.

Avec l'échelle d'évaluation remplie avec des scores de « 4 » pour les critères « Se laver » et « S'habiller », un score de « 3 » pour le critère de « Transfert et déplacements », un score de « 1 » pour le critère « Aller à la toilette », un score de « 3 » pour le critère « Continence » et un score de « 2 » pour le critère « Manger », l'assurée correspond à un degré de dépendance qualifié de « forfait A » et non de « forfait B » ou « C », comme évalué par le prestataire.

Ces constatations sont confirmées par l'audition de l'assurée. Monsieur F., Madame H., Madame AP'., Madame I. et Madame AQ'. (kiné) confirment également ces éléments dans leur audition.

Certes, l'aide-soignante, Madame J. atteste que cette dame avait des séquelles liées à des thromboses, des difficultés à la marche ainsi qu'une incontinence (portait constamment des langes) et que tous ses déplacements à l'extérieur s'effectuaient en chaise roulante.

En ce qui concerne l'attestation de Madame J., le SECM relève que celle-ci parle d'incontinence (elle portait des langes) sans autres précisions. Cette attestation ne remet donc pas le constat du SECM en cause. Concernant les déplacements, elle déclare que les déplacements extérieurs se faisaient en chaise roulante mais elle ne parle pas des autres déplacements. Le SECM a évalué le critère « Transfert et déplacements » à 3, la patiente se déplaçant avec un gadot et nécessitant l'aide d'une tierce personne pour se lever et/ou se coucher et pour certains de ses déplacements. Les déclarations de Mme J. ne remettent pas l'évaluation du SECM en cause.

Le Docteur AR'., entendu par le SECM le 7 août 2019 a notamment déclaré : « *Je relis les critères de la grille de Katz pour transferts et déplacements. C'est un 3 pour moi…. Sur interpellation, je précise que cette patiente, à l'inverse de son mari défunt, n'est pas grabataire alitée en permanence….* ».

Ce grief est donc fondé.

- **Assuré 10 - Monsieur AS'.**:

Le SECM considère que les forfaits introduits (forfait B et C) ne correspondent pas à l'état du patient : le score du critère de « Transfert et déplacements » est de 3. Le patient se déplace avec difficulté et nécessite l'aide d'une tierce personne pour ses déplacements. Le score du critère « Aller à la toilette » est de 2 : l'assuré a besoin d'aide pour aller aux toilettes. Le score du critère de « Continence » est de 2 : le patient porte une cystostomie mais est continent pour les selles. Le score pour le critère « Manger » est de « 2 » : l'assuré nécessite une aide préalable pour ses repas.

Avec l'échelle d'évaluation remplie avec des scores de « 4 » pour les critères « Se laver » et « S'habiller », un score de « 3 » pour le critère de « Transfert et déplacements », un score de « 2 » pour le critère « Aller à la toilette », un score de « 2 » pour le critère « Continence » et un score de « 2 » pour le critère « Manger », l'assuré correspond à un degré de dépendance qualifié de « forfait A » et non de « forfait B » ou « C », comme évalué par le prestataire.

Ces constatations sont confirmées par l'audition du Docteur AL'. et du neveu de l'assuré, Monsieur AT'. chez qui Monsieur AS'. vit depuis 10 ou 11 ans. C'est également confirmé par l'audition de Monsieur F. et de Madame H.

Ainsi que le relève la Chambre de première instance, Il n'y a pas lieu d'octroyer un score plus élevé que « 2 » pour le critère « Continence » étant donné qu'il n'y a pas d'accidents de selles, mais que c'est plus un problème d'essuyage, selon les déclarations du neveu et de son médecin traitant.

Par ailleurs, il n'y a pas lieu de remettre en cause les déclarations de Monsieur AS'. du fait qu'il est intellectuellement limité. Les inspecteurs l'ont bien constaté et lui ont posé des questions simples. Monsieur AS'. et son neveu ont indiqué qu'il mangeait seul. Cela n'est pas incompatible avec son handicap. Monsieur F. l'a également confirmé.

En ce qui concerne le transfert et déplacements, le fait que l'assuré se déplace avec difficulté et la nécessité d'avoir de l'aide d'une tierce personne pour ses déplacements, ont été pris en compte et cela a donné lieu à l'attribution d'un score de 3, Monsieur AS'. n'étant pas grabataire ou en chaise roulante et ne dépendant pas entièrement des autres pour se déplacer. Pour le critère « aller à la toilette » le SECM a revu le score à 2 : l'assuré a besoin d'aide pour aller aux toilettes.

Le grief est donc établi.

- **Assuré 11 - Monsieur AU'.** :

Le SECM considère que les forfaits introduits (forfait A et B) ne correspondent pas à l'état du patient : le score du critère de « Transfert et déplacements » est de 2. Le patient se déplace avec une canne et ne nécessite pas l'aide d'un tiers pour un de ses transferts et/ou déplacements. Il se lève seul de son lit et/ou fauteuil. Le score du critère « Aller à la toilette » est de 1. Le score du critère de « Continence » est de 2 : le patient souffre d'incontinence urinaire accidentelle et pas d'incontinence fécale. Le score pour le critère « Manger » est de 1 : l'assuré ne nécessite aucune aide pour manger.

Avec l'échelle d'évaluation remplie avec des scores de « 4 » pour les critères « Se laver » et « S'habiller », un score de « 2 » pour le critère de « Transfert et déplacements », un score de « 1 » pour le critère « Aller à la toilette », un score de « 2 » pour le critère « Continence » et un score de « 1 » pour le critère « Manger », l'assuré correspond à un degré de dépendance qualifié de « soins d'hygiène » et non de « forfait A » ou « B », comme évalué par le prestataire.

Monsieur F. a déclaré dans son audition du 28/10/2020 : « *Nous parlons de AU'. J'y allais pour toilette complète, habillage, mise en place de langes. Il avait des problèmes psychiatriques et était victime de chutes fréquentes. Il était compliqué à prendre en charge. Ses gestes, comportements et propos étaient agressifs. Il se déplaçait avec une canne et sortait de chez lui, sauf pour aller chez le médecin où il fallait l'accompagner. Ses chutes fréquentes venaient du fait qu'il essayait de se déplacer alors qu'il n'en était pas capable. Il avait incontinence urinaire et fécale et une hygiène déplorable. Il allait parfois aux toilettes mais préférait faire sur lui*.»

Selon le Docteur AV'., médecin traitant de l'assuré, auditionné en date du 05/08/2019 : «*C'est un cas psychiatrique : syndrome de Diogène. Il ne se lavait pas ! J'ai exigé le passage quotidien d'un infirmier pour sa toilette, surveiller ses médicaments, ses repas. (…). Il avait une incontinence urinaire occasionnelle, pas d'incontinence fécale. B. fournissait aussi des repas à domicile. […]. Je vous réponds aussi que les soins de pieds ont été correctement réalisés. Ainsi que les toilettes complètes. Sur interpellation, je vous précise que Mr AU'. était capable de se lever sans l'aide d'un tiers de son lit ou de son fauteuil et qu'il se déplaçait parfois à l'extérieur avec une canne à petits pas* ».

L'aide familiale auditionnée par le SECM a indiqué que Monsieur marchait avec une canne en dehors de chez lui, qu'il va faire ses courses, à pied, dans le quartier. Il ne porte pas de protection parce qu'il n'est pas incontinent sauf quelques accidents ou traces constatées sur le linge de Monsieur.

En l'espèce, il n'existe aucune raison d'écarter les déclarations du Docteur AV'. en raison du fait qu'il a 87 ans et ne se déplace plus au domicile de ses patients. Il ressort en effet des éléments du dossier que Monsieur AU'. se déplaçait au cabinet de son médecin avec une canne et avec l'aide d'une tierce personne et qu'il avait vu le médecin peu avant l'audition de celui-ci. Ce médecin a déclaré que Monsieur AU'. avait une incontinence urinaire occasionnelle et pas d'incontinence fécale.

Les déclarations de la dame de compagnie et des infirmières ne contredisent pas ce constat. Le fait qu'il souille ses vêtements ne contredit pas ces constats. Monsieur F. a d'ailleurs déclaré : « *Il allait parfois aux toilettes mais préférait faire sur lui*. ».

Le grief 4 est donc établi pour un indu différentiel 101.242,92 €.

B.3.5. Grief 5 basé sur l'article 73bis, 2° de la loi ASSI : prestations non conformes - Dossiers infirmiers incomplets :

Le SECM reproche à Monsieur A. et la SRL B. la tenue incomplète de dossiers infirmiers, non conforme à l'article 8 de la NPS.

En l'espèce, il s'agit de 3.661 prestations de santé non conformes car les dossiers infirmiers ne contiennent pas le contenu minimal du dossier infirmier tel que décrit dans l'art. 8 de la nomenclature, condition de remboursement de ces prestations, ainsi que dans les directives relatives aux soins de plaies et celle du 23 mai 2011 concernant le contenu de la planification et de l'évaluation. Ont été retenues à grief, toutes les prestations effectuées durant 3 mois pour chacun de ces dossiers. Ce grief concerne 30 assurés. L'indu s'élève à **81.766,16 €.**

L'article 73bis, 2° de la loi ASSI énonce 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, § 1er :
(…)

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. »

L'article 8 de la nomenclature concerne les soins infirmiers.

Les articles 8§2, 8§3, 8§4 et 8§9 de la nomenclature disposent ce qui suit :

- **article 8§2**

« Les prestations suivantes ne sont remboursées que si elles ont été prescrites par un médecin : (…) les prestations techniques spécifiques de soins infirmiers (…).
Cette prescription doit mentionner la nature des prestations, leur nombre et leur fréquence. Elle ne peut être limitée à la seule mention du numéro de nomenclature, mais doit contenir les données nécessaires pour identifier les soins portés en compte. Pour les prestations 425736 et 425751, la prescription doit mentionner, au lieu du nombre de prestations, la période sur laquelle elle porte ; cette période est de maximum un an ; la prescription est renouvelable. Lorsqu'il s'agit de l'administration de médicaments et de solutions médicamenteuses, la prescription doit en outre mentionner la nature et la dose des produits à administrer. Lorsqu'il s'agit d'une alimentation parentérale ou entérale ou de perfusions, la prescription doit en outre mentionner le débit et la quantité par 24 heures. »

- **article 8§3**

« Aucuns honoraires ne sont dus : (…)

5° lorsque le dossier infirmier mentionné dans cet article n'existe pas ou si le contenu minimal décrit au § 4, 2° de cet article n'est pas mentionné dans ce dossier. »

- **article 8§4 2°**

« Le contenu minimal du dossier infirmier comporte au moins :

- les données d'identification du bénéficiaire ;

- l'échelle d'évaluation telle que prévue au § 5 chaque fois que la nomenclature l'exige ;

- le contenu de la prescription telle que prévue au § 2 (copie ou transcription de la prescription en cas de dossier automatisé) chaque fois que la nomenclature l'exige ;

- les données d'identification du prescripteur chaque fois que la nomenclature l'exige ;

- l'identification des soins infirmiers effectués au cours de chaque journée de soins ;

- l'identification des praticiens de l'art infirmier qui ont dispensés ces soins ;

- la mention relative à la continence visée au § 6, 4°, chaque fois que la nomenclature l'exige. »

(…)

"Lorsque les soins infirmiers dispensés au bénéficiaire comportent des prestations spécifiques techniques de soins infirmiers, décrites à la rubrique III du § 1er, 1°, 2°, 3° et 3°bis de cet article, ou des soins de plaie(s) spécifiques, décrits au § 8, 1° de cet article ou d'autres prestations décrites au § 1er, 1°, V, VI et VII et au § 1er, 2°, V et VI, ou lorsque les soins sont dispensés dans le cadre des honoraires forfaitaires par journée de soins pour les patients palliatifs, décrits à la rubrique IV du § 1er, 1° et 2° de cet article, le contenu minimal du dossier infirmier comporte alors, en plus des éléments des deux premiers alinéas de cette disposition, également :

- les éléments spécifiques pour ces prestations fixés dans cet article. Dans les hypothèses visées à l'alinéa 6, par dérogation à l'alinéa 3 et à l'exception des prestations du § 1er, 1°, VI et VII, et du § 1er, 2°, VI, les éléments relevants concernant la planification et l'évaluation des soins mentionnées dans le deuxième alinéa doivent être mentionnés au moins chaque semaine dans le dossier infirmier.
Pour ce paragraphe, la semaine s'entend du lundi 0 heure au dimanche 24 heures.
La planification et l'évaluation des soins doivent répondre, au niveau de leur contenu, à une directive fixée par le Comité de l'assurance soins de santé sur proposition de la Commission de conventions praticiens de l'art infirmier - organismes assureurs. La tenue du dossier n'est pas liée à des conditions de forme (le dossier automatisé est autorisé). Sans préjudice des délais de conservation imposés par d'autres législations, le dossier infirmier doit être conservé pendant une période d'au moins cinq ans. »

Suivant la **directive du 23 mai 2011** concernant le contenu de la planification et de l'évaluation :

« *Le plan de soin comprend au minimum la fréquence des différents actes infirmiers qui doivent être exécutés, y compris le moment recommandé. Si besoin est, des instructions supplémentaires sur l'adaptation des soins à la personne sont mentionnées. Le planning d'une précédente période peut être confirmé ou prolongé, adapté ou cessé.*

L'évaluation du soin presté est réalisée sur base des observations constatées. Ces observations sont consignées au moment de l'exécution du soin. Il est également important de définir les observations indispensables que l'infirmier doit réaliser et de connaître les scores des différents items de l'échelle d'évaluation relative à la dépendance qui est utilisée. L'évaluation du soin résulte de la confirmation ou de la prolongation, de l'adaptation ou de la cessation du plan de soins, ou de la révision des problèmes du patient ».

- **article 8§9**

« Précisions relatives aux prestations techniques spécifiques de soins infirmiers visées à la rubrique III du § 1er, 1° , 2°, 3° et 3°bis:"

"Les prestations 425375, 425773, 426171 et 429155 ne peuvent être attestées qu'une fois par journée de soins ; il s'agit d'honoraires forfaitaires couvrant l'ensemble des actes techniques spécifiques qui requièrent la qualification d'infirmier gradué ou assimilé, d'accoucheuse ou d'infirmier breveté.
"Pour ces prestations, l'infirmier gradué ou assimilé, l'accoucheuse ou l'infirmier breveté notifie au médecin-conseil les éléments suivants :
a) le numéro INAMI de l'infirmier gradué ou assimilé, de l'accoucheuse ou de l'infirmier breveté qui établit la notification ;
b) le numéro INAMI du prescripteur ;
c) le numéro d'inscription de sécurité sociale (NISS) du bénéficiaire ;
d) le type de prestation ;
e) la date de début et la date de fin de la période."
Le type de prestation désigne soit la mise en place et/ou surveillance des perfusions (intraveineuses ou sous-cutanées), soit l'administration et/ou surveillance de l'alimentation parentérale.
Le plan de soin, établi par l'infirmier gradué ou assimilé, l'accoucheuse ou l'infirmier breveté, est conservé à disposition du médecin-conseil dans le dossier infirmier. Il le fournit au médecin-conseil à sa demande. »

Les articles 6 et 6bis de l'arrêté royal du 28.07.2003 relatif au règlement portant exécution de l'article 22,11° de la loi ASSI traitent des attestations de soins et de fournitures.

L'article 6§1 reprend la liste des documents devant être remis à l'organisme assureur en vue d'obtenir le remboursement de l'assurance soins de santé.

L'article 6§2 de ce règlement énonce quant à lui que :

« (…) Pour les prestations de l'article 8 de la nomenclature qui ne sont remboursées que si elles ont été prescrites par un médecin, la prescription doit être jointe à l'attestation de soins donnés sauf :

- lorsqu'il s'agit des prestations dans le cadre des honoraires forfaitaires par journée de soins pour des bénéficiaires lourdement dépendants et/ou

- lorsque l'obligation de fournir l'attestation de soins donnés à l'organisme assureur n'est pas d'application.

Dans ces cas la prescription doit être conservée dans le dossier infirmier pendant une période d'au moins cinq ans. »

Monsieur A. et la SRL B. contestent le grief qui ne peut pas entraîner une récupération des prestations effectuées. Ils insistent sur le fait que les soins ont bien été prodigués aux 30 patients de sorte qu'il ne peut être question d'une récupération totale des prestations. Le travail effectué doit être rémunéré. Ils insistent sur les personnalités et les environnements socio-culturels des patients et de leur entourage rendant difficile l'élaboration de dossiers infirmiers dans lesquels doivent figurer des plannings, des évaluations de la douleur. La priorité d'un infirmier sont les soins prodigués au patient et les contacts avec ce dernier et l'entourage plutôt que de remplir des documents administratifs que le contexte socio-culturel ne permet pas toujours.

Ils souhaitent également insister sur le fait que si certains dossiers étaient incomplets, la majorité de ceux-ci contenait l'anamnèse, les antécédents chirurgicaux et médicaux, les contacts avec la famille, le traitement, les soins effectués quotidiennement, les glycémies pour les diabétiques, les passages des infirmiers et les certificats médicaux.

Ainsi que le relève la Chambre de première instance, le législateur a encadré de manière très précise les possibilités d'attester des soins infirmiers afin d'éviter les abus qui pourraient découler d'une appréciation souple et extensive des conditions fixées par la Nomenclature.
Il en découle la nécessité de se conformer aux exigences de la nomenclature pour la tenue d'un dossier infirmier. Les règles de la Nomenclature des prestations de santé sont de stricte interprétation et doivent être appliquées rigoureusement car les dispensateurs de soins collaborent à un service public, ce qui repose sur un rapport de confiance notamment entre l'INAMI, les organismes assureurs et les dispensateurs de soins.

Si certaines mentions figurent bien dans les dossiers infirmiers des patients concernés, il n'en demeure pas moins que ceux-ci sont lacunaires et que toutes les mentions exigées par la nomenclature, qui sont également importantes, ne s'y retrouvent pas.

Les explications concernant l'état de santé des patients ne remettent pas en cause les constats opérés par le service quant aux manquements dans la tenue du dossier infirmier.

Ce grief est donc établi pour tous les cas repris dans la note de synthèse.

Dès lors que les griefs reprochés à Monsieur A. et la SRL B. sont établis pour tous les cas repris dans la note de synthèse, ils doivent être condamnés à rembourser l'indu résultant des prestations indûment attestées en application de l'article 142 §1er, 1° et 2° de la loi ASSI, soit la somme de **258.944,15 €.**

C) Infractions - amende administrative:

C.1) Eléments constitutifs des infractions - principes:

Les infractions "réalité" et "conformité" basées sur l'article 73bis de la loi coordonnée le 14.07.1994 sont passibles d'amende moyennant la réunion de deux éléments, un élément matériel et un élément moral.

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

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

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

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

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

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

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

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

C.2) Application au cas d'espèce :

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

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

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

Un prestataire de soins a par ailleurs un devoir de rigueur, de vigilance et de probité et il doit s'informer sur ses obligations légales.

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

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

Enfin la loi impose que le dossier infirmier soit complet et à jour et non « presque » à jour, ce qui n'est d'ailleurs pas le cas en l'espèce.

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

C.3) Hauteur de la peine:

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

Le premier juge a infligé à Monsieur A. les amendes suivantes :

- une amende administrative s'élevant à **200 %** du montant de la valeur des prestations indues pour le grief 1 (non effectuées), soit la somme de **126.171,04 €** (2 x 63.085,52 €) (article 142, §1er, 1° de la loi SSI) ;

- une amende administrative s'élevant à **150 %** du montant de la valeur des prestations indues pour les griefs 2 à 5 (non conformes) après déduction du montant de l'indu relatif aux dossiers infirmiers (grief 5), soit **81.766,16 €,** ce remboursement constituant déjà en quelque sorte une sanction importante du non-respect du contenu minimum du dossier infirmier, l'article 142, §1er, 2° permettant de ne pas infliger de sanction dans cette hypothèse. L'amende retenue pour les prestations non conformes étant donc de 171.138,70 €, soit (195.858,63 € - 81.766,16 €) x 150 %.

La Chambre de recours considère qu'il y a également lieu de déduire du calcul de l'amende relative aux prestations non conformes le montant de l'indu relatif au grief 2 (6.892,79 euros), le manque de clarté des prescriptions concernées pouvant être pris en compte.

L'amende doit donc être calculée comme suit : (195.858,63 € - 81.766,16 € - 6.892,79 €) x 150 %, soit **160.799,52 €.**

L'appel principal est partiellement fondé quant à ce.

Ces sanctions apparaissent justes et proportionnées au vu notamment :

- De la gravité des infractions ;
- Du fait que sur une période de 27 mois (du 31 mars 2017 au 30 juin 2019), Monsieur A. a attesté pas moins de 3.657 prestations non effectuées pour un indu de 63.085,52 €, ce qui est très élevé ;
- De la longueur de la période infractionnelle qui s'étend sur plusieurs mois.
- De l'absence de tout remboursement volontaire de l'indu ;
- De l'absence de rigueur dans la tenue des dossiers des patients ;
- De la longue expérience de Monsieur A. dans les soins infirmiers (diplômé en 1987), il est censé bien connaître et appliquer correctement la réglementation ;
- Du montant élevé de l'indu pour les griefs de non-conformité (de 2 à 5) est également très important puisqu'il s'élève à 195.858,63 €.

e.4) Le sursis :

Le sursis d'une durée de un à trois ans peut être accordé lorsque, dans les trois ans précédant le prononcé, aucune amende administrative n'a été infligée ni aucun remboursement de prestations indues n'a été imposé à l'intéressé par une instance administrative ou juridictionnelle au sein ou auprès de l'Institut (article 157 de la loi ASSI).

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

Compte tenu de l'absence d'antécédents dans les 3 ans précédant le prononcé de la présente décision dans le chef de M. A., c'est à bon droit que la Chambre de première instance a accordé à ce dernier un sursis de 3 ans pour 50 % de l'amende relative aux griefs 2 à 5 (prestations non conformes), soit une amende administrative effective de **80.399,76 €** (au lieu de 85.569,35 €).

F) Article 156 de la loi coordonnée le 14.07.1994 :

Pour le surplus il convient de rappeler qu'en application de l'article 156§1 de la loi coordonnée le 14.07.1994, les décisions du fonctionnaire dirigeant du Service d'évaluation et de contrôle médicaux ou du fonctionnaire désigné par lui, visées à l'article 143, les décisions des Chambres de première instance visées à l'article 142, et les décisions des Chambres de recours, visées aux articles 142 et 155, sont exécutoires de plein droit par provision, nonobstant tout recours.

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

Composée de Monsieur Emmanuel MATHIEU, président, du Docteur Eric VAN UYTVEN, de Madame Jacqueline ORBAN, membres ;

Après en avoir délibéré et statuant contradictoirement à l'égard des parties, dans la limite des appels ;

Le Docteur Eric VAN UYTVEN et Madame Jacqueline ORBAN ayant rendu leur avis sans prendre part à la décision ;

Ecartant comme non fondées toutes conclusions autres, plus amples ou contraires ;

Dit l'appel principal de Monsieur A. et de la SRL B. en faillite recevable et partiellement fondé ;

Dit l'appel incident du SECM recevable mais non fondé et l'en déboute ;

Par conséquent, réformant :

Condamne Monsieur A. au paiement d'une amende administrative s'élevant à **150 %** du montant de la valeur des prestations indues pour les griefs relatifs aux prestations non conformes (à l'exception des griefs 2 et 5), soit la somme de **160.799,52 €** (article 142, §1er, 2° de la loi SSI), dont 50 % avec un sursis de 3 ans, soit une amende administrative effective de **80.399,76€ ;**

Confirme la décision entreprise pour le surplus ;

La présente décision est rendue, après délibération, par la Chambre de recours instituée auprès du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI, composée de Monsieur Emmanuel MATHIEU, président, du Docteur Eric VAN UYTVEN et Madame Jacqueline ORBAN, membres.

La présente décision est prononcée à l'audience du 19 mars 2025 par Monsieur Emmanuel MATHIEU, président, assisté de Madame Françoise DELROEUX, greffière.

Fr. DELROEUX Greffière	E. MATHIEU Président