

DECISION DU FONCTIONNAIRE-DIRIGEANT DU 22 FEVRIER 2022

Concerne : **Madame A.**
Infirmière brevetée
BRS/F/21- 013

Décision prise en vertu de l'article 143 §§ 1, 2 et 3 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

1 GRIEF(S) FORMULE(S)

Trois griefs ont été formulés (voir pour le détail la note de synthèse précitée) concernant Madame A. , suite à l'enquête menée par les inspecteurs du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI.

En résumé, il lui est reproché :

1.1 Grief 1 « Prestations non effectuées »

Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer des documents réglementaires permettant le remboursement des prestations de santé lorsque les prestations n'ont pas été effectuées ou fournies

Infraction visée à l'art 73bis, 1° de la loi ASSI coordonnée le 14 juillet 1994.

1.1.1. Principe général :

Les prestations ne sont remboursables par l'assurance soins de santé que pour autant qu'elles soient dûment effectuées au bénéfice de l'assuré.

C'est d'ailleurs la raison pour laquelle une « attestation de soins donnés » est établie et signée par le dispensateur de soins, selon la procédure définie à l'art. 53, alinéa 1er de la LC du 14/04/1994 qui dispose :

Loi 10/04/2014 - M.B. 30/04/2014 – d'application à partir du 01/07/2015

« (...)

Les dispensateurs de soins dont les prestations donnent lieu à une intervention de l'assurance sont tenus de remettre aux bénéficiaires ou, dans le cadre du régime du tiers payant, aux organismes assureurs, une attestation de soins ou de fournitures ou un document équivalent dont le modèle est arrêté par le Comité de l'assurance, où figure la mention des prestations effectuées; pour les prestations reprises à la nomenclature visée à l'article 35, § 1er, cette mention est indiquée par le numéro d'ordre à ladite nomenclature, (...).

(...)

Sans préjudice des obligations établies en vertu de l'article 320 du Code des impôts sur les revenus 1992, les documents visés à l'alinéa 1er sont remplacés par une transmission de données par le dispensateur de soins aux organismes assureurs au moyen d'un réseau

électronique, selon les modalités administratives déterminées par le Comité de l'assurance.
(...)

1.1.2. Base réglementaire du grief :

1. Nomenclature des prestations de santé

+ "A.R. 22.11.2013" (en vigueur 1.1.2014) + "A.R. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014)

"Art. 8. § 1^{er}. Les prestations suivantes sont considérées comme des prestations qui requièrent la qualification d'infirmier gradué ou assimilé, d'accoucheuse, d'infirmier breveté, d'hospitalier/assistant en soins hospitaliers ou assimilé, appelés ci-après praticiens de l'art infirmier (W). Toutefois, les prestations techniques spécifiques de soins infirmiers, visés sous rubrique III du § 1^{er}, 1^o, 2^o, 3^o et 3^obis requièrent la qualification d'infirmier gradué ou assimilé, d'accoucheuse ou d'infirmier breveté."
"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997)

"1^o Prestations effectuées au cours d'une séance de soins infirmiers au domicile ou à la résidence du bénéficiaire.

I. Séance de soins infirmiers.

A. Prestation de base.

425014 Première prestation de base de la journée de soins	W 0,879
425036 Deuxième prestation de base de la journée de soins	W 0,879
425051 Troisième prestation de base ou plus de la journée de soins	W 0,879

B. Prestations techniques de soins infirmiers.

"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 17.9.2005" (en vigueur 1.10.2005)
425110 Soins d'hygiène (toilettes) **W 1,167**

"A.R. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003)
423076 Administration de médicaments par voie intramusculaire, sous-cutanée ou hypodermique **W 0,484**

"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997)
"II. Honoraires forfaitaires par journée de soins pour des patients lourdement dépendants."

"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 13.10.2004" (en vigueur 1.1.2005)
425294 Honoraires forfaitaires, dits forfait B, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants:
- dépendance pour le critère se laver et le critère s'habiller (score 3 ou 4), et
- dépendance pour le critère transfert et déplacements et le critère aller à la toilette (score 3 ou 4), et
- dépendance pour le critère continence et/ou pour le critère manger (score 3 ou 4) **W 7,371**

"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997)
"2^o Prestations effectuées au cours d'une séance de soins infirmiers durant le week-end ou un jour férié au domicile ou à la résidence du

bénéficiaire.

I. Séance de soins infirmiers.

A. Prestation de base.

425412 Première prestation de base de la journée de soins	W 1,206
425434 Deuxième prestation de base de la journée de soins	W 1,206
425456 Troisième prestation de base ou plus de la journée de soins	W 1,206

B. Prestations techniques de soins infirmiers.

"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 17.9.2005" (en vigueur 1.10.2005)
425515 Soins d'hygiène (toilettes) W 1,754

"A.R. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003)
423275 Administration de médicaments par voie intramusculaire, sous-cutanée ou hypodermique W 0,730

"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997)

"II. Honoraires forfaitaires par journée de soins pour des patients lourdement dépendants."

425692 Honoraires forfaitaires, dits forfait B, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants:
- dépendance pour le critère se laver et le critère s'habiller (score 3 ou 4), et
- dépendance pour le critère transfert et déplacements et le critère aller à la toilette (score 3 ou 4), et
- dépendance pour le critère continence et/ou pour le critère manger (score 3 ou 4) W 10,944

"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997)
"§ 3. Aucuns honoraires ne sont dus :"

"A.R. 27.3.2012" (en vigueur 1.6.2012)
"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."

"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014)
"§ 4. Précisions relatives aux prestations visées à la rubrique I du § 1er, 1°, 2°, 3°, 3°bis et 4°:

1° La prestation de base, visée à la rubrique I, A du § 1er, 1°, 2°, 3°, 3°bis et 4° comprend :
- l'observation globale du bénéficiaire;
- le planning et l'évaluation des soins;
- l'accompagnement sanitaire du bénéficiaire et de son entourage;
- la tenue complète d'un dossier infirmier;
- les frais de déplacement, excepté les frais supplémentaires de déplacement en région rurale, sauf pour les prestations de base visées à la rubrique I, A du § 1er, 3°, 3°bis et 4°."

"A.R. 27.3.2012" (en vigueur 1.6.2012)
"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."

"A.R. 27.3.2012" (en vigueur 1.6.2012) + "A.R. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014)

"Lorsque les soins infirmiers dispensés au bénéficiaire comportent des prestations techniques, décrites à la rubrique I, B du § 1er, 1°, 2°, 3°, 3°bis et 4° de cet article, le contenu minimal du dossier infirmier comporte alors, en plus des éléments du premier alinéa de cette disposition, également :"

"A.R. 27.3.2012" (en vigueur 1.6.2012)

- "- la planification des soins;
- l'évaluation des soins;

(...)

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.

(...)

2. Directive (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.

3. Texte coordonné de la convention nationale W/97

Art. 4. § 1er. Les honoraires des prestations effectuées au domicile ou résidence du bénéficiaire comprennent un montant moyen correspondant à 0,224 W qui couvre forfaitairement tous les frais de déplacement des praticiens de l'art infirmier.

§ 2. Pour les prestations effectuées au domicile ou résidence du bénéficiaire situés dans les communes citées ci-après, il est accordé, en outre, pour chaque séance de soins un montant correspondant à 0,546 W (**n° de code 418913**) qui couvre forfaitairement tous les frais supplémentaires de déplacement des praticiens de l'art infirmier.

Les communes visées à l'alinéa précédent sont les suivantes (ce sont celles situées dans les cantons électoraux visés dans le Moniteur belge du 17 mars 1984 et qui ont une densité de population inférieure ou égale à 120 habitants par km² sur la base des données de population de 1988) :

Amblève, Anhée, Anthisnes, Baelen, Bastogne (1), Beaumont, Beauraing, Beauchevain, Bertogne, Bertrix, Bièvre, Bouillon, Brugelette, Bullange, Burdinne Burg-Reuland, Butgenbach, Celles, Cerfontaine, Chièvres, Chimay, Chiny, Ciney (2), Clavier, Couvin, Daverdisse, Dinant (3), Doische, Durbuy, Eghezée, Ellezelles, Engis, Erezée, Etalle, Fauvillers, Fernelmont, Ferrières, Flobecq, Florennes, Florenville, Fourons, Frasnes-lez-Anvaing, Froidchappelle, Gedinne, Gouvy, Habay, Hamoir, Hamois, Hastière, Havelange, Hélécine, Herbeumont, Héron, Heuvelland, Hotton, Houffalize, Houyet, Incourt, Jalhay, Jodoigne (4), Jurbise, La Bruyère, La Roche-en-Ardenne, Léglise, Lens, Libin, Libramont-Chevigny, Lierneux, Limbourg, Malmédy (5), Manhay, Marche-en-Famenne, Meix-devant-Virton, Messines, Modave, Momignies, Mont-de-l'Enclus, Musson, Nandrin, Nassogne, Neufchâteau, Onhaye, Orp-Jauche, Ouffet, Paliseul, Philippeville, Ramillies, Rendeux, Rochefort, Rouvroy, Saint-Hubert, Saint-Léger, Sainte-Ode, Saint-Vith, Sivry-Rance, Somme-Leuze, Stavelot, Stoumont, Tellin, Tenneville, Tinlot, Tintigny, Trois-Pont, Vaux-sur-Sûre, Vielsalm, Viroinval, Virton, Vleteren, Vresse-sur-Semois, Waimes, Wellin, Yvoir

(1) (2) (3) (4) (5) = Sauf centre de l'entité. Sont donc reprises les anciennes communes de:

(1) Longvilly - Noville - Villers-la-Bonne-Eau - Wardin

(2) Achêne - Braibant - Chevetogne - Conneux - Leignon - Pessoux - Serinchamps - Sovet

(3) Falmagne - Falmignoul - Foy-Notre-Dame - Furfooz - Lisogne - Sorinnes - Thynes

(4) Dongelberg - Jauchelette - Lathuy - Mélin - Piétrain - St-Jean-Geest - St-Remy-Geest - Zetrud-Lumay

(5) Bellevaux-Ligneuville - Bevercé

1.1.3. Argumentation

Il apparaît que sont portées en compte des prestations de santé non effectuées.

Il s'agit de prestations de l'article 8, § 1er, 1^o, I A, I B, II, 2^o I A, I B, II de la nomenclature ainsi que des prestations de l'article 4, § 2 du texte coordonné de la convention nationale W/97, portées en compte au nom de 4 bénéficiaires.

Le constat est fait dans le cas de 4 assurés détaillés dans la discussion des cas (le détail du grief figure au 6.1 de la note de synthèse, p.24 à 29).

1.1.4 Conclusion

Ce grief concerne 4 assurés pour 1.650 prestations, pour la période de prestations du 21/04/2017 au 30/06/2018 et d'introduction à l'OA du 17/11/2017 au 12/07/2018, à concurrence d'un indu total de 7.233,87€.

1.2 Grief 2 « Prestations non conformes (différentiel) »

Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer des documents réglementaires permettant le remboursement des prestations de santé lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, dans ses arrêtés et règlements d'exécution, dans les conventions et accords conclus en vertu de cette même loi

Infraction visée à l'art 73bis, 2^o de la loi ASSI coordonnée le 14 juillet 1994.

1.2.1 Base réglementaire du grief

1. Nomenclature des prestations de santé

"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 12.9.2001" (en vigueur 1.10.2001)
+ "A.R. 22.11.2013" (en vigueur 1.1.2014) + "A.R. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014)

"Art. 8. § 1er. Les prestations suivantes sont considérées comme des prestations qui requièrent la qualification d'infirmier gradué ou assimilé, d'accoucheuse, d'infirmier breveté, d'hospitalier/assistant en soins hospitaliers ou assimilé, appelés ci-après praticiens de l'art infirmier (W). Toutefois, les prestations techniques spécifiques de soins infirmiers, visés sous rubrique III du § 1er, 1°, 2°, 3° et 3°*bis* requièrent la qualification d'infirmier gradué ou assimilé, d'accoucheuse ou d'infirmier breveté."
"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997)

"1° Prestations effectuées au cours d'une séance de soins infirmiers au domicile ou à la résidence du bénéficiaire.

I. Séance de soins infirmiers.

A. Prestation de base.

425014 Première prestation de base de la journée de soins **W 0,879**

425036 Deuxième prestation de base de la journée de soins **W 0,879**

B. Prestations techniques de soins infirmiers.

"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 17.9.2005" (en vigueur 1.10.2005)
425110 Soins d'hygiène (toilettes) **W 1,167**

"A.R. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003)
423076 Administration de médicaments par voie intramusculaire, sous-cutanée ou hypodermique **W 0,484**

"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997)
"II. Honoraires forfaitaires par journée de soins pour des patients lourdement dépendants."

"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 13.10.2004" (en vigueur 1.1.2005)
425294 Honoraires forfaitaires, dits forfait B, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants:
- dépendance pour le critère se laver et le critère s'habiller (score 3 ou 4), et
- dépendance pour le critère transfert et déplacements et le critère aller à la toilette (score 3 ou 4), et
- dépendance pour le critère continence et/ou pour le critère manger (score 3 ou 4) **W 7,371**

"A.R. 27.3.2012" (en vigueur 1.6.2012)
424874 Préparation hebdomadaire de médicaments administrés par voie orale **W 2,365**

1.2.2 Argumentation

Il apparaît que sont portées en compte des prestations de santé non conformes.

En effet, des prestations de base (1^{er} et 2^{ème} base), des toilettes forfaitaires (forfait B), des injections sous cutanées et des prestations de soins d'hygiène ont été attestées alors que, seule, la préparation hebdomadaire des médicaments administrés par voie orale était effectuée une fois par semaine.

Le constat est fait dans le cas d'un assuré détaillé dans la discussion des cas (le détail du grief figure au 6.2 de la note de synthèse, p.30 à 31)

1.2.3. Conclusion

Ce grief concerne 1 assuré pour 49 prestations, pour la période de prestations du 02/02/2018 au 29/06/2018 et d'introduction à l'OA du 17/04/2018 au 12/07/2018, à concurrence d'un indu différentiel de 189,34€.

1.3 Grief 3 « Prestations non conformes »

Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer des documents réglementaires permettant le remboursement des prestations de santé lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, dans ses arrêtés et règlements d'exécution, dans les conventions et accords conclus en vertu de cette même loi

Infraction visée à l'art 73bis, 2° de la loi ASSI coordonnée le 14 juillet 1994.

1.3.1 Base réglementaire du grief

1. Nomenclature des prestations de santé

"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 12.9.2001" (en vigueur 1.10.2001) + "A.R. 22.11.2013" (en vigueur 1.1.2014) + "A.R. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014)

"Art. 8. § 1^{er}. Les prestations suivantes sont considérées comme des prestations qui requièrent la qualification d'infirmier gradué ou assimilé, d'accoucheuse, d'infirmier breveté, d'hospitalier/assistant en soins hospitaliers ou assimilé, appelés ci-après praticiens de l'art infirmier (W). Toutefois, les prestations techniques spécifiques de soins infirmiers, visés sous rubrique III du § 1^{er}, 1°, 2°, 3° et 3°*bis* requièrent la qualification d'infirmier gradué ou assimilé, d'accoucheuse ou d'infirmier breveté."
"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997)

"1° Prestations effectuées au cours d'une séance de soins infirmiers au domicile ou à la résidence du bénéficiaire.

II. Séance de soins infirmiers.

A. Prestation de base.

425014 Première prestation de base de la journée de soins

W 0,879

B. Prestations techniques de soins infirmiers.

"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 17.9.2005" (en vigueur 1.10.2005)

425110 Soins d'hygiène (toilettes)

W 1,167

"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997)

"2° Prestations effectuées au cours d'une séance de soins infirmiers durant le week-end ou un jour férié au domicile ou à la résidence du bénéficiaire.

II. Séance de soins infirmiers.

A. Prestation de base.

425412 Première prestation de base de la journée de soins

W 1,206

B. Prestations techniques de soins infirmiers.

"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 17.9.2005" (en vigueur 1.10.2005)

425515 Soins d'hygiène (toilettes)

W 1,754

"A.R. 8.7.1997" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 18.7.2002" (en vigueur 1.10.2002) +

"A.R. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014)

"§ 6. Précisions relatives aux toilettes (prestations 425110, 425515, 425913 et 427755) :"

"A.R. 13.10.2004" (en vigueur 1.1.2005)

"1° Seules les toilettes dispensées chez des bénéficiaires qui obtiennent des scores de minimum 2 au critère « se laver » de l'échelle d'évaluation mentionnée au § 5, 1°, peuvent être attestées."

"A.R. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014)

"2° Les prestations 425110, 425515, 425913 ou 427755 effectuées pour un bénéficiaire ne répondant pas aux critères mentionnés à la rubrique II du § 1^{er}, 1°, 2°, 3° ou 3^{bis}, et à la rubrique IV du § 1^{er}, 1° et 2° ne peuvent être attestées qu'une fois par journée de soins."

"A.R. 8.7.1997" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 18.7.2002" (en vigueur 1.10.2002) +

"A.R. 13.10.2004" (en vigueur 1.1.2005) + "A.R. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014)

"3° Dans le chef des bénéficiaires qui obtiennent des scores de minimum 2 au critère « se laver » de l'échelle d'évaluation mentionnée au § 5, 1° :

- un maximum de deux toilettes (425110, 425913 ou 427755) par semaine peuvent être attestées;

- aucune toilette 425515 ne peut être attestée."

(...)

8° La toilette comprend l'ensemble des soins infirmiers se rapportant à la globalité des soins d'hygiène y compris préventifs; elle se complète, le cas échéant, par la mobilisation du patient.

Directives pour l'utilisation de l'échelle d'évaluation

D'APPLICATION A PARTIR DU 1^{ER} AVRIL 2011

Se laver

2. A besoin d'une aide partielle pour se laver au-dessus ou en dessous de la ceinture

Il existe deux possibilités:

- a) Le patient a besoin d'une aide active pour se laver au-dessus ou en dessous de la ceinture, ou
- b) Le patient est capable de se laver au-dessus ou en dessous de la ceinture, moyennant une stimulation et sans la nécessité d'une surveillance et/ou d'une présence continue(s).

La situation où seul le dos ou seuls les pieds sont lavés répond au score '2'.

1.3.2 Argumentation

Il apparaît que sont portées en compte des prestations de santé non conformes.

En l'espèce, il s'agit de prestations de l'article 8, §1^{er}, 1^o, I A et I B, 2^o, I A et I B de la nomenclature portées en compte au nom de deux bénéficiaires alors que les toilettes réalisées à l'acte étaient incomplètes et n'étaient pas réalisées chaque jour.

Le constat est fait dans le cas de deux assurés détaillés dans la discussion des cas (le détail du grief figure au 6.3 de la note de synthèse, p.32 à 35).

1.3.3 Conclusion

Ce grief concerne 2 assurés pour 706 prestations, pour la période de prestations du 02/05/2017 au 17/04/2018 et d'introduction à l'OA du 31/07/2017 au 31/05/2018, à concurrence d'un indu total de 2.939,49€.

Pour ces griefs, l'indu total a été évalué à 10.362,70 euros.

Madame A. a procédé au remboursement partiel (10.361, 51 euros) de l'indu.

Le solde de l'indu s'élève à 1,19 euros.

2 DISCUSSION

Moyens de défense

Dans les moyens de défense transmis par Madame A. le 2 décembre 2021, elle déclare faire des soins à domicile depuis 2016. Elle n'a pas de contentieux antérieur par rapport à la réglementation ASSI.

Madame A. explique que, concernant l'assuré Monsieur B., elle l'a pris en charge « pour toilette » en mars 2017. Il était aussi soigné pour un diabète insulino-dépendant. Elle explique qu'au début, son échelle de Katz était de 12/24 (s'habiller :2, transferts et déplacements :2, aller à la toilette :3). Pour ce patient, elle estime que le grief 1 n'est pas total même s'il y a eu des erreurs dans sa facturation qui a été introduite tardivement. Elle produit des pièces relatives au compte-rendu du suivi de l'assuré par le service d'endocrinologie-diabétologie d'un hôpital en 2017.

Pour le patient Monsieur C., elle relève qu'il a été hospitalisé du 9 février au 23 mars 2017 puis qu'il a été transféré à la clinique du ... où il est resté jusqu'au 24 mai 2017. A sa sortie d'hôpital, elle l'a pris en charge pour une aide à la toilette (Echelle de Katz 8/24). Il a fait une chute qui a entraîné une fracture de l'humérus droit en décembre 2017. Il est redevenu totalement dépendant, son bras étant immobilisé dans une attelle jusque fin février 2018. Son échelle de Katz s'est aggravée à 11/24. Le suivi de son régime diabétique était aléatoire. Il est repassé à l'insuline en janvier 2018. Elle explique avoir fait les injections avec trois passages quotidiens et que l'écolage s'est fait progressivement avec son épouse qui a voulu qu'elle continue de vérifier les doses d'insuline avant de piquer. Elle passait deux fois par jour après 3 mois. Actuellement, elle le soigne une fois par semaine pour son semainier. Son épouse l'appelle parfois au téléphone pour les doses d'insuline en fonction des glycémies. Madame D. lui a dit avoir été prise de peur par les questions posées lors de l'enquête et croyait qu'on leur

reprochait quelque chose. Ils sont satisfaits des soins qu'elle apporte. Madame A. déclare ne pas avoir d'arguments pour contester le grief n°2.

En ce qui concerne Monsieur E., Madame A. explique qu'il résidait chez sa compagne (...). Elle y est allée des centaines de fois jusqu'en avril 2018. Le patient clinophile refusait parfois les soins de toilette. C'est elle qui a toujours surveillé la prise des médicaments. Elle l'a régulièrement soigné là où il résidait, ..., même s'il était parfois réticent à une toilette complète, soutenu en cela par sa compagne. Elle ne l'a plus soigné depuis avril 2018.

Madame A. déclare que Madame F. a été demandeuse d'aide pour sa toilette. Eu égard à son âge et ses antécédents, elle l'a trouvée dépendante. Elle a remboursé ce qu'elle a perçu pour les soins.

Madame A. explique soigner Monsieur G. depuis 2017. Il avait des périodes de démence. Il oubliait de se laver et il lui arrivait de refuser de prendre ses médicaments. Le médecin a dit qu'il commençait la démence. Il était notamment déprimé suite à la perte de sa femme. Son état de santé s'est dégradé début 2018. Il a fait des chutes. Il présentait une incontinence. Il a été hospitalisé avec une dénutrition sévère le 15 mai 2018 pour trois semaines. Son échelle de Katz était de 13/24 à l'admission et de 9/24 à la sortie. Le gériatre a confirmé une confusion sur terrain démentiel. A la sortie, l'assistante sociale de l'hôpital l'a recontactée pour un passage quotidien pour la toilette et l'administration des médicaments ainsi qu'une aide familiale et une aide ménagère. Le patient a refusé qu'elle passe tous les jours. Elle considère que, dès le départ, le gériatre aurait dû faire un certificat pour sa démence, pour une personne désorientée dans le temps et dans l'espace, puisque cela a été confirmé durant son hospitalisation en avril 2018. Cela lui aurait évité les griefs 1 et 3. Elle a soigné Monsieur G. jusque début de l'année 2021.

Elle produit différentes pièces (anamnèse infirmière du 23 avril 2018, une lettre de Monsieur H., fils de l'assuré et le rapport d'hospitalisation gériatrique daté du 1/06/2018).

Dans ses conclusions, elle reconnaît des manquements dans la gestion de certains de ses dossiers ainsi que dans le suivi de sa facturation surtout fin de l'année 2018. Elle s'est toujours efforcée de prodiguer les meilleurs soins à ses patients.

Elle explique que depuis mars 2018 ses dossiers ont été systématiquement subtilisés ainsi que des correspondances administratives et professionnelles. Son véhicule a été visité à plusieurs reprises par effraction. Ses plaintes ont été présentées au juge via son avocat. Elle soupçonne son ex-mari qui se vante de l'avoir dénoncée auprès de l'assurance soins de santé en 2019. Son ex-mari avait la liste de ses patients. Il est allé selon elle au domicile de ses patients et vers des collègues pour leur indiquer qu'elle

était partie à l'étranger alors qu'elle n'a pas quitté le territoire belge depuis 5 ans. Il gérait le compte familial et l'aidait dans sa facturation.

Elle a signé l'invitation au remboursement volontaire et a procédé aux paiements. Elle réaffirme sa bonne foi et sa probité pour tous ses patients.

2.2. Fondement des griefs :

2.2.1. Sur le bien fondé du grief 1 relatif à des prestations non effectuées :

Dans ses moyens de défense, Madame A. soulève que, pour l'assuré Monsieur B., le grief 1 n'est pas total même s'il y a eu des erreurs dans sa facturation qui a été introduite tardivement.

Le SECM relève que Madame A. n'apporte cependant aucun élément de nature à remettre en cause les constats qui ont été opérés par le service pour cet assuré, en ce qui concerne les prestations reprochées (l'administration de médicaments par voie sous cutanée ainsi que les 2^{ème} et 3^{ème} prestations de base), qu'il s'agisse des pièces produites en annexe des moyens de défense ou encore des explications données par Madame A. sur l'état de santé du patient. Ce ne sont pas les soins d'hygiène donnés à l'assuré visé qui sont remis en cause.

Lors de l'enquête menée par le SECM, l'épouse de l'assuré a expliqué que c'était elle qui faisait les injections d'insuline, ce qui a été confirmé par l'assuré, et que Madame A. passait une fois par jour, le matin.

En ce qui concerne l'assuré Monsieur C., Madame A. explique dans ses moyens de défense qu'il a été hospitalisé du 9 février au 23 mars 2017 puis qu'il a été transféré à la clinique du ... où il est resté jusqu'au 24 mai 2017. A sa sortie d'hôpital, elle l'a pris en charge pour une aide à la toilette. Il a fait une chute qui a entraîné une fracture de l'humérus droit en décembre 2017 et, à partir de ce moment, il est redevenu totalement dépendant, son bras étant immobilisé dans une attèle jusque fin février 2018. Il est repassé à l'insuline en janvier 2018. Elle explique avoir fait les injections avec trois passages quotidiens et que l'écolage s'est fait progressivement avec son épouse qui a voulu qu'elle continue de vérifier les doses d'insuline avant de piquer. Elle passait deux fois par jour après 3 mois. Actuellement, elle le soigne une fois par semaine pour son semainier. Son épouse l'appelle parfois au téléphone pour les doses d'insuline en fonction des glycémies. Madame D. lui a dit avoir été prise de peur par les questions de l'enquête et croyait qu'on leur reprochait quelque chose.

Le Secm relève que Madame A. n'apporte pas d'éléments à l'appui de ses affirmations qui sont contredites par les déclarations qui ont été faites par l'assuré.

Aucun dossier infirmier n'a été rendu par madame A. alors qu'il résulte de l'audition de l'assuré qu'un dossier infirmier était bien présent au domicile de celui-ci (avec des détails portant sur le rendez-vous chez l'orthopédiste ainsi que sur l'enlèvement de l'attèle). Dans les moyens de défense de Madame A., celle-ci déclare toujours prendre en charge l'assuré à l'heure actuelle.

Monsieur C. a déclaré avoir reçu des soins infirmiers pour le laver après l'hospitalisation de 2017- début 2018 et que Madame A. a fait les toilettes et l'insuline pendant trois semaines. Ensuite elle est venue une fois par semaine pour faire le semainier. Il a expliqué qu'il est allé voir l'orthopédiste le 16 janvier 2018 et qu'il n'avait plus l'attèle.

Madame A. a arrêté à ce moment-là. Il n'avait plus l'attèle et pouvait passer partout avec son bras droit. Il a recommencé à se laver.

En ce qui concerne l'insuline, Monsieur C. a expliqué que c'est son épouse qui fait les injections d'insuline et qu'il note lui-même ses glycémies dans le carnet. Après le retrait de l'attelle, Madame A. est venue une fois par semaine faire le semainier.

Madame A. déclare avoir pris en charge cet assuré pour une aide à la toilette à sa sortie de l'hôpital à partir du 24 mai 2017. Il y a lieu de relever que, dans la tarification, apparaissent uniquement pour la période du 05/06/2017 au 24/11/2017 des prestations de base ainsi que la préparation hebdomadaire de médicaments.

Dans le dossier consulté au domicile, mentionné dans l'audition de l'assuré, aucune date avant le 22/12/2017 n'était mentionnée. L'assuré ne fait également aucune mention d'une prise en charge quelconque pour des soins d'hygiène avant le retour de l'hospitalisation de décembre 2017.

Le fait que Madame D. aurait eu peur des questions posées lors de l'enquête n'est pas pertinent et ne remet pas en cause les constats qui ont été faits, d'autant plus que le grief est fondé sur les déclarations faites par l'assuré.

Dans le cas de l'assuré Monsieur E., des soins d'hygiène et des prestations de 1^{er} base ont été reprochées à Madame A. sur la base des déclarations de l'assuré selon lesquelles elle ne l'a jamais lavé, déclarations confirmées par son épouse.

Madame A. n'apporte pas d'éléments de nature à contredire les affirmations de l'assuré.

Sont par ailleurs reprochés les frais de déplacement supplémentaires qui ne pouvaient pas être introduits à l'assurance soins de santé car l'assuré recevait les soins chez sa compagne, ..., et non à son domicile légal.

Le SECM relève que Madame A. ne semble pas contester que ces prestations sont indues dans la mesure où elle reconnaît elle-même dans ses moyens de défense qu'elle se rendait au ... pour donner les soins.

En ce qui concerne le grief de prestations non effectuées concernant l'assurée Madame F., celui-ci concerne des toilettes attestées alors que l'assurée n'était pas à son domicile légal entre fin avril et fin octobre 2018. Elle se trouvait à ..., en vacances, avec son époux et précise que c'étaient d'autres infirmières qui s'occupaient des soins.

Il est à préciser que, dans la tarification de Madame A. , des soins d'hygiène ont été attestés tous les jours de fin avril 2018 au 30/06/2018 alors que pour Monsieur B. (son conjoint), la tarification des soins s'arrête le 30/04/2018 (fin avril, moment du départ en vacances).

Il ressort du dossier que les éléments matériels et constitutifs du grief 1 sont réunis et prouvés, selon les cas visés, sur la base des déclarations des assurés, d'un proche ainsi que des déclarations de Madame A. lors de ses auditions.

Au regard de ces éléments, le grief 1 est établi.

2.2.2. Sur le bien fondé du grief 2 relatif à des prestations non conformes :

Le SECM se réfère à ses réponses aux moyens de défense de Madame A. concernant l'assuré Monsieur C. repris dans la discussion du grief 1. Par ailleurs, dans ses

moyens de défense, Madame A. explique ne pas avoir d'arguments pour contester le grief n°2.

Il ressort du dossier que les éléments matériels et constitutifs du grief 2 sont réunis et prouvés sur la base des déclarations de l'assuré.

Au regard de ces éléments, le grief 2 est établi.

2.2.3. Sur le bien fondé du grief 3 relatif à des prestations non conformes :

Madame A. explique soigner Monsieur G. depuis 2017. Il avait des périodes de démence. Il oubliait de se laver et il lui arrivait de refuser de prendre ses médicaments. Le médecin a dit qu'il commençait la démence. Il était notamment déprimé suite à la perte de sa femme. Son état de santé s'est dégradé début 2018. Il a fait des chutes. Il présentait une incontinence. Il a été hospitalisé avec une dénutrition sévère le 15 mai 2018 pour trois semaines. Son échelle de Katz était de 13/24 à l'admission et de 9/24 à la sortie. Le gériatre a confirmé une confusion sur terrain démentiel. A la sortie l'assistante sociale de l'hôpital l'a recontactée pour un passage quotidien pour la toilette et l'administration des médicaments ainsi qu'une aide familiale et une aide ménagère. Le patient a refusé qu'elle passe tous les jours. Elle considère que dès le départ le gériatre aurait dû faire un certificat pour sa démence, pour une personne désorientée dans le temps et dans l'espace, puisque cela a été confirmé durant son hospitalisation en avril 2018. Cela lui aurait évité les griefs 1 et 3. Elle a soigné Monsieur G. jusque début de l'année 2021. Elle produit différentes pièces à savoir l'anamnèse infirmière du 23 avril 2018, une lettre de Monsieur H., fils de l'assuré et un rapport d'hospitalisation gériatrique daté du 1/06/2018.

Le SECM relève que, de manière générale, l'évaluation de l'état de dépendance physique d'un assuré est en premier lieu effectuée par l'infirmier qui le soigne. Les médecins des organismes assureurs envoient pour chaque assuré un courrier d'acceptation sur base de ce que le dispensateur de soins a déclaré, ce qui n'implique aucun contrôle réel de l'état de l'assuré à ce stade. L'acceptation de cette évaluation repose sur le rapport de confiance instauré entre les organismes assureurs et les dispensateurs de soins, de sorte qu'il est bien prévu par la réglementation que cette évaluation revient prioritairement au dispensateur de soins.

Si ultérieurement un contrôle permet de constater une surévaluation de l'état de dépendance physique, l'organisme assureur ou les inspecteurs sociaux du SECM procèdent à un déclassement (CE, 7^e ch., 03/11/2016, n°236.345).

En ce qui concerne, plus particulièrement, l'assuré Monsieur G. :

Il y a lieu de tout d'abord préciser que les prestations reprochées concernant l'assuré G. sont uniquement visées au grief 3 et non au grief 1, comme semble l'indiquer Madame A. dans ses moyens de défense.

Le grief s'établit sur la base des déclarations de l'assuré, de son fils, de Madame A. lors de ses auditions ainsi que de Monsieur I.

La prestataire a déclaré elle-même lors de ses auditions qu'elle devait négocier avec l'assuré et qu'elle faisait une toilette complète approximativement une fois tous les trois jours.

Elle déclare également, dans ses moyens de défense, qu'après l'hospitalisation d'avril 2018, l'assuré refusait son passage journalier.

Le fils de l'assuré, dans son audition du 30/09/2019, déclare ne pas pouvoir certifier que la toilette de son papa était réalisée chaque jour. Dans son audition, il fait mention que, de manière générale, son papa reste logique et cohérent et qu'avant l'hospitalisation, il se mobilisait bien et a précisé que son papa faisait ses courses au carrefour avec l'utilisation d'une canne ou d'une béquille.

L'assuré, dans son audition, mentionne l'exécution de quelques toilettes par Madame A.

Monsieur I., infirmier qui a remplacé Madame A., a déclaré, lors de son audition du 17/02/2020, que « nous préparions ses médicaments. Douche quand il voulait sinon toilette à l'évier. C'était une guidance pour la toilette. Il faisait assez bien seul. Il se faisait à manger. C'est un patient que j'ai repris un certain temps mais il se débrouillait bien tout seul donc j'ai arrêté la prise en charge de ce patient. ».

Le grief est un différentiel d'une toilette 7x/semaine à 2x/semaine.

Dans ses moyens de défense, Madame A. considère que, dès le départ, le gériatre aurait dû faire un certificat pour sa démence, pour une personne désorientée dans le temps et dans l'espace, puisque cela a été confirmé durant son hospitalisation en avril 2018.

A cet égard, il convient de relever que, dans son audition du 09/03/2020, Madame A. décrit l'assuré comme dépressif sans faire mention de confusion ou encore de démence.

Au niveau des pièces qu'elle joint à ses moyens de défense, le SECM retient que l'anamnèse infirmière, datée du 23/04/2018 ainsi que le rapport d'hospitalisation daté du 01/06/2018 correspondent à la période d'hospitalisation de l'assuré. Les prestations attestées à la suite de cette hospitalisation n'ont pas été retenues à grief car le fils de l'assuré faisait mention d'un état d'infirmité après l'hospitalisation.

Par ailleurs, en page 5 du rapport d'hospitalisation du 01/06/2018, il est fait état d'un épisode de confusion le 30/04/2018 avec un discours paranoïaque, sur un terrain démentiel **probable**. Il n'y a dès lors pas eu de diagnostic de démence.

Aux niveaux des échelles de Katz reprises dans les documents transmis par Madame A. dans ses moyens de défense, le SECM relève que tant au moment de l'hospitalisation qu'à la sortie de l'hôpital, les mentions « pas de problème » sont associées aux critères de l'orientation spatiale et temporelle.

La nomenclature prévoit qu'il peut être attesté une toilette par jour pour des assurés qui, sur base d'un certificat médical établi par le médecin traitant, conformément au modèle fixé par le Comité de l'assurance soins de santé sur proposition de la Commission de convention, sont considérés comme des personnes désorientées dans le temps et l'espace et qui obtiennent des scores de minimum 2 pour les critères "se laver et s'habiller" de l'échelle d'évaluation.

Enfin, il est également prévu que même lorsque les soins d'hygiène ont été prescrits par un médecin, ils ne peuvent être attestés que si le praticien de l'art infirmier constate que le bénéficiaire atteint le degré de dépendance requis pour la prestation concernée.

Lors de l'enquête, le SECM a estimé sur la base des rencontres et des déclarations de l'assuré et de son fils que les scores étaient de 2 pour le critère se laver et de 1 pour le critère s'habiller.

Dans le cas de l'assuré G., aucun certificat médical n'a été transmis par Madame A. lors de l'enquête. De plus, il n'y a aucun diagnostic médical de démence dans les documents

présents dans ses moyens de défense ou dans les déclarations. Ces documents mentionnent par ailleurs des scores de 1 pour l'orientation spatiale/temporelle à l'arrivée et à la sortie de l'hôpital.

Le SECM relève enfin qu'aucun document dans les moyens de défense ne correspond à la période infractionnelle visée au grief pour cet assuré.

Madame A. joint également à ses moyens de défense une déclaration du fils de l'assuré, H., datée du 27 mars 2020. Dans celle-ci, Monsieur H. confirme que son père a eu des périodes de confusion et de dépression depuis 2016. Il indique que l'infirmière, Madame A., est venue pour les soins d'hygiène et les médicaments depuis 2017. Il signale que son père refuse parfois de s'alimenter ou de prendre sa douche. En avril 2018, il a été hospitalisé suite à une chute. Il a été diagnostiqué pour dénutrition, anémie et gastrite.

Le SECM relève que Monsieur H. a été interrogé au cours de l'enquête. Lors de son audition, il a déclaré ne pas pouvoir certifier que la toilette de son papa était réalisée chaque jour. Il a également mentionné que, de manière générale, son papa restait logique et cohérent.

Le personnel d'inspection du SECM tire sa compétence dans la loi, son personnel étant chargé entre autre de :

« 3° de contrôler les prestations de l'assurance soins de santé sur le plan de la réalité et de la conformité aux dispositions de la présente loi, de ses arrêtés et règlements d'exécution et des conventions et accords conclus en vertu de cette même loi ». (Loi ASSI coordonnée le 14/07/1994, art. 139).

Ils sont inspecteurs sociaux au sens du Code pénal social (Loi ASSI coordonnée le 14/07/1994, art. 146, §1) et doivent donc exercer leur mission dans le respect des principes de finalité et de proportionnalité (Code pénal social, art. 18 et 19). Auditionner des personnes est une des prérogatives d'un inspecteur social (Code pénal social, art. 27).

Les auditions réalisées par les enquêteurs du SECM le sont par une autorité assermentée, telle que prévue par la loi et la réglementation prise en exécution de la loi sur l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (art. 146, § 1er, 169 et 175 de la loi coordonnée le 14-07-1994 – art. 330 de l'AR du 03-07-1996 portant exécution de la loi coordonnée).

Ces auditions sont menées in tempore non suspecto selon les règles légales ou réglementaires (respect du Code pénal social, plus particulièrement dans ses articles 62 et 63) et dans les limites prévues par la loi coordonnée le 14-07-1994 pour investiguer de la sorte (art. 139 de la loi coordonnée).

Les déclarations de Monsieur H., obtenues par Madame A., ne sont pas entourées des mêmes garanties que celles entourant une audition réalisée par le personnel d'inspection du SECM.

Dans un dossier où le médecin concerné par l'enquête avait produit des contredéclarations de bénéficiaires réalisées par un huissier de justice, la Chambre de 1ère instance a décidé en date du 28-01-2011 (*Décision de la CPI, n° de rôle*) :

« (...) Par ailleurs, les quelques pièces produites par Monsieur J., soit un procès-verbal de constat d'huissier de justice et **des lettres de certains assurés, ne sont pas probantes** : outre le fait qu'elles **sont tardives**, datant de 2009 alors que les faits

remontent à 2005-2006, **les conditions dans lesquelles elles ont été dressées demeurent inconnues, en manière telle que les assurés ont pu être influencés, d'autant qu'il s'agit de patients fragilisés et marginaux (selon les dires de Monsieur J. (...))** ».

La Chambre de recours, dans le même dossier a confirmé la décision de la Chambre de 1ère instance de la manière suivante en date du 17-01-2013 (p. 9 à 11)¹:

« - **les témoignages écrits déposés par l'appelant au principal ont été établis in tempore suspecto**, soit après le début du litige entre le docteur M. et l'INAMI ; **ils ne sont pas spontanés** et ont été sollicités, comme l'indique d'ailleurs la dame T. : « Il m'a fait part des ennuis qu'il a en ce moment » ; de même la fille de la dame D. écrit : « le docteur M. me fait part des ennuis qu'il a avec l'INAMI à la suite d'une enquête menée par un représentant » ; au passage on relève une similitude suspecte dans la façon d'exprimer le contexte énoncé par le docteur M.(...) ;

- à nouveau, force est de constater que **l'on ne dispose d'aucune garantie de ce que ces témoignages écrits ont été recueillis avec toute l'objectivité et la retenue requises** (...);

- certaines déclarations sont écrites par des personnes fort proches du docteur M., donc ne sont pas fiables (déclaration de la dame V. précitée et du conjoint du docteur M.).

Il résulte de ces observations que, aux yeux de la présente chambre, les procès-verbaux d'audition rédigés par le médecin-inspecteur, assermenté, et qui bénéficient des garanties de loyauté dans l'administration de la preuve, ont une force probante supérieure aux pièces déposées par l'appelant au principal. (...) »

De même, dans un autre contexte, la Chambre de recours, le 19/01/2012 (n° de rôle ...) ² a écarté ce type d'attestations :

« Le Comité ne peut donc que se montrer particulièrement circonspect face à ces attestations qui lui ont été communiquées à l'occasion de l'audition de Madame C., soit **plusieurs années après que se sont déroulés les faits et l'enquête en cause.**

De plus, ces attestations ont été **recueillies à l'initiative de Mme C. elle-même.**

Plusieurs de celles-ci ont été manifestement dactylographiées par ses soins pour être ensuite soumises à la signature des destinataires.

Ces attestations ne permettent pas de remettre en cause les constats opérés par le Service d'évaluation et de contrôle médicaux. La plupart de ces attestations tendent d'ailleurs uniquement à souligner la conscience professionnelle de Mme C. et sont fort éloignées de l'objet de la présente procédure.

(...) concernant la forme de ces attestations et la date de leur rédaction :

plusieurs de ces attestations ont été dactylographiées pour être ensuite soumises à la signature des membres du personnel.

Le contenu même de ces attestations est **suspect car il a été écrit par l'appelante ou sollicité par elle.**

(...)

On se contentera d'affirmer que toutes **ces attestations tardives sont éminemment suspectes et manifestement rédigées pour les besoins de la cause.** »

Les déclarations de Monsieur H. produites par Madame A. ne remettent dès lors pas en cause les constats opérés par le Service d'évaluation et de contrôle médicaux.

¹ http://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/jurisprudence_cr_medecin_20130117.pdf

² http://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/jurisprudence_cr_infirmier_20120119.pdf

En ce qui concerne, plus particulièrement, l'assurée Madame F. :

Madame A. explique dans ses moyens de défense que Madame F. a été demandeuse d'aide pour sa toilette. Eu égard à son âge et à ses antécédents, elle l'a trouvée dépendante. Elle a remboursé ce qu'elle a perçu pour les soins. Elle produit des pièces relatives à un examen réalisé en 2016 sur Madame F. par un cardiologue.

Madame A. n'apporte pas dans ses moyens de défense et dans les documents annexés à ceux-ci des éléments de nature à remettre en question les constats opérés lors de l'enquête fondés sur les déclarations de Madame F. ainsi que sur celles de Madame A. lors de ses auditions.

Il ressort du dossier que les éléments matériels et constitutifs du grief 3 sont réunis et prouvés notamment sur base de l'audition de 2 assurés, de 2 témoins ainsi que de la prestataire des soins.

Au regard de ces éléments, le grief 3 est établi.

Sur les autres moyens de défense de Madame A.

Madame A. reconnaît des manquements dans la gestion de certains de ses dossiers ainsi que dans le suivi de sa facturation surtout fin de l'année 2018. Elle s'est toujours efforcée de prodiguer les meilleurs soins à ses patients.

Elle explique que, depuis mars 2018, ses dossiers ont été systématiquement subtilisés ainsi que des correspondances administratives et professionnelles. Son véhicule a été visité, à plusieurs reprises, par effraction. Ses plaintes ont été présentées au juge via son avocat. Elle soupçonne son ex-mari qui se vante de l'avoir dénoncée auprès de l'assurance soins de santé en 2019. Son ex-mari avait la liste de ses patients. Il est allé, selon elle, au domicile de ses patients et vers des collègues pour leur indiquer qu'elle était partie à l'étranger alors qu'elle n'a pas quitté le territoire belge depuis 5 ans. Il gérait le compte familial et l'aidait dans sa facturation.

Lors de ses auditions, Madame A. a expliqué que ses dossiers infirmiers avaient été subtilisés par son ex-mari. Lors de son audition du 10/12/2019, elle a remis une plainte déposée à la police. Cet élément a été pris en considération par le SECM, l'absence de certains dossiers infirmiers n'ayant pas été retenu à grief.

Cependant, l'enquête menée par le SECM, dont des déclarations d'assurés et de témoins, a révélé des irrégularités qui ont donné lieu aux griefs repris au procès-verbal de constat du 1^{er} juillet 2020 et qui ne peuvent être justifiées par les difficultés d'ordre privé de Madame A. qui reconnaît elle-même des manquements dans la gestion des dossiers ainsi que dans le suivi de sa facturation.

Quant à l'indu

Les griefs ont entraîné des débours indus dans le chef de l'assurance obligatoire soins de santé pour un montant de 10.362,70 euros.

Madame A. a procédé au remboursement partiel de l'indu (10.361,51 euros).

L'indu résiduel s'élève à 1,19 euros.

Les griefs formulés à l'encontre de Madame A. étant fondés, il y a donc lieu, d'une part, d'ordonner que Madame A. soit condamnée à rembourser la valeur des prestations indues s'élevant à 10.362,70 euros (Loi SSI, art. 142, §1^{er}, 1^o et 2^o) et, d'autre part, de

constater qu'une somme d'un montant de 10.361,51 euros a été remboursée et que **l'indu résiduel s'élève donc à 1 euro et 19 cents d'euros.**

Quant à l'amende

Quant au régime de l'amende administrative

Les mesures prévues à l'articles 142, §1^{er}, 1^o et 2^o de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 sont d'application, à savoir :

- pour les prestations non effectuées (grief n°1), le remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé et une amende administrative comprise entre 50% et 200% de la valeur des prestations concernées ;
- et, pour les prestations non conformes (griefs n°2 et 3), le remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé et/ou une amende administrative comprise entre 5% et 150 % du montant de la valeur des prestations concernées.

Quant au quantum de l'amende administrative

Le SECM estime nécessaire de prononcer une amende administrative à charge de Madame A.

L'attestation de prestations non effectuées est l'infraction la plus grave qui puisse être constatée par le Service d'évaluation et de contrôle médicaux à l'encontre d'un dispensateur de soins car elle caractérise la rupture du lien de confiance entre l'INAMI, les organismes assureurs et le dispensateur de soins³.

En attestant des prestations alors qu'elle ne les avait pas réalisées, Madame A. a méconnu les obligations qui lui incombaient en sa qualité de dispensateur de soins et n'a pas fait preuve de professionnalisme.

Compte tenu du nombre de prestations non effectuées attestées par Madame A. (1650 prestations), du caractère élevé de l'indu en cause (7.233,87 €), de la durée de la période infractionnelle (14 mois), de l'expérience de Mme A. (elle travaille comme infirmière indépendante depuis 2016) et de la clarté de la nomenclature, Madame A. a clairement spolié les deniers de l'assurance soins de santé et donc de la collectivité, ce qui justifie l'application d'une sanction assez haute.

Il est donc justifié de prononcer à l'encontre de Madame A. au titre du grief de prestations non effectuées une amende administrative de 100% du montant indu à rembourser (LC 14/07/1994, art. 142, §1^{er}, 1^o), soit 7.233, 87 euros.

Concernant l'attestation de prestations non conformes, 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, par exemple en matière d'évaluation de l'état de dépendance physique d'un assuré.

³ C. arb. 30/10/2001, n°26/2002 ; C. arb. 30/01/2002, n°98/2002 ; C. arb. 12/03/2003, n°31/2003 ; C. const. 31/01/2019, n°15/2019

Les règles de la Nomenclature des prestations de santé sont de stricte interprétation et doivent être appliquées rigoureusement⁴ 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 soins⁵.

Le respect des formalités administratives prévues par la réglementation telles que les règles relatives à l'évaluation de l'état de dépendance physique des patients est un des fondements de ce rapport de confiance, puisque ces normes sont clairement et expressément énoncées dans la réglementation.

Il n'appartient pas aux dispensateurs de soins de faire une interprétation personnelle ou d'opportunité de la réglementation.

S'ils ne s'y conforment pas, ils brisent ce rapport de confiance et mettent en péril l'équilibre des deniers publics.

En ne respectant pas les règles relatives à l'évaluation de l'état de dépendance physique, Madame A. a manqué à ses obligations légales en tant que dispensateur de soins.

Dans ces conditions, au regard de ces éléments mais aussi compte tenu de la clarté de la nomenclature, de l'expérience de Mme A. (elle travaille comme infirmière indépendante depuis 2016), du nombre de prestations (755 prestations), de la durée de la période infractionnelle (11 mois) et du montant de l'indu (3128,83 €), il est justifié de prononcer à l'encontre de Mme A., au titre des griefs de prestations non conformes, une amende administrative de 50% du montant indu à rembourser (LC 14.07.1994, art. 142, §1^{er}, 2^o), soit 1564,41 €.

Il convient cependant de tenir compte de l'absence d'antécédents dans le chef de l'intéressée et du remboursement quasi-intégral de l'indu. Cela justifie que la sanction soit assortie d'une mesure de sursis partiel conformément à l'article 157, §1^{er} de la loi ASSI coordonnée le 14.07.1994, la sanction effective devant rappeler à l'intéressée l'importance de la faute commise, et celle avec sursis devant l'inciter à rectifier, pour l'avenir, sa pratique dans un sens conforme à la réglementation et aux exigences de son art.

En conséquence, eu égard à l'ensemble des éléments susmentionnés, le fonctionnaire-dirigeant estime justifié le prononcé des amendes suivantes :

- du grief de prestations non effectuées, une amende administrative de 100% du montant des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé (LC 14.07.1994, art. 142, §1^{er}, 1^o), soit 7.233, 87 euros, dont 50% en amende effective (soit 3616,9 euros) et 50% en amende assortie d'un sursis d'une durée de 3 ans (soit 3616,9 euros).
- du grief de prestations non conformes, une amende administrative de 50% du montant des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé (LC 14.07.1994, art. 142, §1^{er}, 2^o), soit 1564,41€, assortie d'un sursis total d'une durée de 3 ans (soit une amende effective de 0€ et une amende assortie d'un sursis d'un montant de 1564,41 €).

⁴ Cass. 20/11/2017, C.15.02132.N.

⁵ C. arb. 30/10/2001, n°26/2002 ; C. arb. 30/01/2002, n°98/2002 ; C. arb. 12/03/2003, n°31/2003 ; C. const. 31/01/2019, n°15/2019

PAR CES MOTIFS,

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994,

APRES EN AVOIR DELIBERE,

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

- Déclare les trois griefs établis ;
- Condamne Madame A. à rembourser la valeur des prestations indues s'élevant à 10.362,70 euros ;
- Constate que Madame A. a remboursé une somme de 10.361,51 euros et que l'indu résiduel s'élève à une somme de 1,19 euros ;
- Condamne Madame A. à payer une amende de 100 % du montant des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé (LC 14.07.1994, article 142, §1^{er}, 1^o), soit 7.233,87 euros dont 50 % en amende effective (soit 3616,9 euros) et 50% en amende assortie d'un sursis d'une durée de trois ans (soit 3616,9 euros) ;
- Condamne Madame A. à payer une amende de 50 % du montant des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé (LC 14.07.1994, article 142, §1^{er}, 2^o), soit 1564,41 euros assortie d'un sursis total d'une durée de 3 ans (soit une amende effective de 0 € et une amende assortie d'un sursis d'une durée de 3 ans d'un montant de 1564,41 €) ;
- Dit qu'à défaut de paiement des sommes dues dans les trente jours de la notification de la présente décision, des intérêts au taux légal en matière sociale, tel que prévu à l'article 2, §3, de la loi du 5 mai 1865 relative au prêt à intérêt, seront dus, de plein droit, à compter de l'expiration du délai précité.

Ainsi décidé à Bruxelles.

Le Fonctionnaire-dirigeant,