

EN CAUSE DE : **Madame A.**  
Praticienne de l'art infirmier  
**Et la SPRLU B.**  
Représentées par Maître C., loco Maître D. ;

CONTRE : **SERVICE D'ÉVALUATION ET DE CONTRÔLE MÉDICAUX**,  
institué au sein de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité,  
établi à 1150 Bruxelles, Avenue de Tervueren, 211 ;  
  
Représenté par le Docteur E., médecin-inspecteur-directeur, et par  
Madame F., juriste.

### **I. La recevabilité**

La décision de la Chambre de Première instance ayant été notifiée le 25 mars 2015, le recours, reçu au greffe le 25 avril 2015, régulier en la forme, est recevable.

### **II. Les faits et la procédure**

Madame A. travaille en qualité d'infirmière indépendante et travaille en collaboration avec Madame G., également infirmière. Dès le début de son activité indépendante elle a constitué la société B. dont elle est la gérante, société qui perçoit ses honoraires et remboursements. La pratique est celle du tiers-payant, sans perception du ticket modérateur.

Il est reproché à Madame A. :

1. d'avoir rédigé, fait rédiger, fait délivrer, délivré des documents réglementaires visés dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 ou ses arrêtés d'exécution, lorsque les prestations n'ont pas été effectuées ou fournies en violation de l'article 8, § 1<sup>er</sup> de la nomenclature des prestations de soins de santé établie par l'arrêté royal du 14 septembre 1984.

Il s'agit en l'espèce de premières prestations de base soit en semaine, soit durant le week-end et les jours fériés ainsi que l'administration de médicaments par voie intramusculaire, sous-cutanée ou hypodermique, soit en semaine, soit le week-end et les jours fériés et ce du 17 août 2010 au 27 août 2010, introduites au remboursement le 31 octobre 2010. Il s'agit en fait de prestations concernant une patiente. L'indu est de 50,64 €.

Ce grief n'est pas contesté, la patiente étant partie à l'étranger du 17 au 27 août 2010 et n'ayant pas été soignée par Madame A.

Ce grief est basé sur l'article 73bis, 1° de la loi coordonnée le 14 juillet 1994.

2. d'avoir, entre le 1<sup>er</sup> septembre 2009 et le 30 novembre 2010 rédigé, fait rédiger, fait délivrer, délivré des documents réglementaires visés dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 ou ses arrêtés d'exécution, lorsque les prestations n'ont pas été effectuées ou fournies en violation de l'article 8, § 1<sup>er</sup> de la nomenclature des prestations de soins de santé établie par l'arrêté royal du 14 septembre 1984.

Il s'agit en l'espèce de mises en place et/ou de surveillances de perfusions quotidiennes sous cutanées de Nacl, soit en semaine, soit le week-end. Il s'agit de 411 prestations pour une assurée pour la période s'étendant du 1<sup>er</sup> septembre 2009 au 30 novembre 2010, introduites au remboursement le 31 octobre 2009 et le 30 novembre 2010, pour un indu total de 17.571,91 €.

Ce grief est basé sur l'article 73bis, 1° de la loi coordonnée le 14 juillet 1994.

3. d'avoir, entre le 1<sup>er</sup> septembre 2009 et le 30 novembre 2010 rédigé, fait rédiger, fait délivrer, délivré des documents réglementaires visés dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 ou ses arrêtés d'exécution, lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues par ladite loi, ses arrêtés d'exécution ou les conventions ou accords conclus en vertu de cette même loi, en violation des articles 8, § 1<sup>er</sup> et 8, § 5, 3°, d, de la nomenclature.

Il s'agit en fait des honoraires, dits forfaits C, accordés une seule fois par journée de soins, pour l'ensemble des soins infirmiers effectués à un bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond à différents critères, alors que le forfait B aurait dû être attesté au vu des critères de dépendance et des soins donnés, en l'occurrence, un passage par jour.

Il s'agit de 335 prestations pour une assurée. L'indu différentiel est de 4.365.53 €.

Ce grief est basé sur l'article 73bis, 2° de la loi coordonnée le 14 juillet 1994.

4 d'avoir entre le 1<sup>er</sup> septembre 2010 au 13 octobre 2010, rédigé des documents réglementaires visés dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 ou ses arrêtés d'exécution, lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans ladite loi, ses arrêtés d'exécution ou les conventions et accords conclus en vertu de cette même loi, en violation de l'article 8, § 1<sup>er</sup> de la nomenclature des soins de santé établie par l'arrêté royal du 14 septembre 1984.

Il s'agit en fait de prestations accordées pour un patient psychiatrique chronique alors que l'assuré ne répondait pas à la définition du patient psychiatrique chronique reprise dans la définition légale.

Ce grief concerne un assuré social pour 60 prestations et l'indu total est de 110,22 €.

Ce grief est basé sur l'article 73bis, 2° de la loi coordonnée le 14 juillet 1994.

5. d'avoir entre le 1<sup>er</sup> septembre 2009 et le 31 octobre 2010, rédigé des documents réglementaires visés dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 ou ses arrêtés d'exécution, lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans ladite loi, ses arrêtés d'exécution ou les conventions et accords conclus en vertu de cette même loi, en violation de l'article 8, § 1<sup>er</sup> de la nomenclature des soins de santé établie par l'arrêté royal du 14 septembre 1984.

Il s'agit en l'espèce de soins donnés à une patiente pour lequel un forfait B a été appliqué alors que le forfait A aurait dû être retenu.

Ce grief concerne 412 prestations et l'indu différentiel est de 10.480,08 €.

Ce grief est basé sur l'article 73bis, 2° de la loi coordonnée le 14 juillet 1994.

6. d'avoir entre le 1<sup>er</sup> août 2009 et le 19 novembre 2010, rédigé des documents réglementaires visés dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 ou ses arrêtés d'exécution, lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans ladite loi, ses arrêtés d'exécution ou les conventions et accords conclus en vertu de cette même loi, en violation de l'article 8, § 1<sup>er</sup> de la nomenclature des soins de santé établie par l'arrêté royal du 14 septembre 1984.

Il s'agit en l'espèce de soins donnés à une patiente pour lequel un forfait A a été appliqué alors que vu l'état de dépendance physique de l'assurée, des codes d'une valeur inférieure auraient dû être retenus.

Ce grief concerne 393 prestations et l'indu différentiel est de 2.543,95 €.

Ce grief est basé sur l'article 73bis, 2° de la loi coordonnée le 14 juillet 1994.

7. d'avoir entre le 1<sup>er</sup> août 2009 et le 19 novembre 2010, rédigé des documents réglementaires visés dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 ou ses arrêtés d'exécution, lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans ladite loi, ses arrêtés d'exécution ou les conventions et accords conclus en vertu de cette même loi, en violation de l'article 8, § 1<sup>er</sup> et 8, § 8, 3° de la nomenclature des soins de santé établie par l'arrêté royal du 14 septembre 1984.

Il s'agit en l'espèce de gouttes et de pommades oculaires données à une patiente alors que l'application de ces gouttes et pommades telle qu'elle fut effectuée n'est pas attestable.

Ce grief concerne 1.644 prestations et l'indu total est de 5.073,36 €.

Ce grief est basé sur l'article 73bis, 2° de la loi coordonnée le 14 juillet 1994.

8. d'avoir entre le 4 juillet 2010 et le 30 novembre 2010, rédigé des documents réglementaires visés dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 ou ses arrêtés d'exécution, lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans ladite loi, ses arrêtés d'exécution ou les conventions et accords conclus en vertu de cette même loi, en violation de l'article 8, § 1er de la nomenclature des soins de santé établie par l'arrêté royal du 14 septembre 1984.

Il s'agit en l'espèce de soins de plaies spécifiques pour une patiente alors que les pansements n'auraient plus dû être effectués à partir du 3 juillet 2010 selon l'avis médical.

Ce grief concerne 98 prestations pour une patiente et l'indu total est de 635,10 €.

Ce grief est basé sur l'article 73bis, 2° de la loi coordonnée le 14 juillet 1994.

9. d'avoir entre le 1<sup>er</sup> août 2009 et le 17 novembre 2010, rédigé des documents réglementaires visés dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 ou ses arrêtés d'exécution, lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans ladite loi, ses arrêtés d'exécution ou les conventions et accords conclus en vertu de cette même loi, en violation de l'article 4 de la nomenclature des soins de santé établie par l'arrêté royal du 14 septembre 1984.

Il s'agit en l'espèce de frais de déplacement accordés deux fois par jour alors qu'il n'y avait qu'un déplacement par jour pour une patiente.

Ce grief concerne 404 prestations et l'indu total est de 689,31 €.

Ce grief est basé sur l'article 73bis, 2° de la loi coordonnée le 14 juillet 1994.

Par sa décision dont appel, la Chambre de 1<sup>ère</sup> instance, après avoir relevé que les éléments matériels des infractions étaient établis :

- condamne solidairement Madame C. et la SPRL B. à rembourser la valeur des prestations indûment versées par l'assurance soins de santé, soit la somme de 41.520,10 €, à majorer des intérêts au taux légal en matière sociale à partir du jour suivant la date de la décision,

- condamne Madame C. à une amende administrative de 1.500,00 € pour l'infraction « prestations non effectuées », et précise que les amendes administratives produisent des intérêts au taux légal en matière sociale à partir du jour suivant la date de la décision,

- condamne Madame C. à une amende administrative de 1.500,00 € pour l'infraction « prestations non conformes », à majorer des intérêts au taux légal en matière sociale à partir du jour suivant la date de la décision.

Appel fut formé contre cette décision.

### **III. Les moyens des parties**

En appel, les parties appelantes font valoir :

- que le 1<sup>er</sup> grief est admis,
- qu'elles s'en réfèrent à justice pour les griefs 7, 8 et 9.
- que pour le 2<sup>ème</sup> grief, les perfusions furent bien installées et achetées pour le patient,
- que le 3<sup>ème</sup> grief relève d'une situation dramatique non appréhendée par la nomenclature,
- que le 4<sup>ème</sup> grief est contesté, le patient souffrait de la maladie d'Alzheimer obligeant à une préparation des médicaments à prendre,
- que pour les griefs 5 et 6, le degré de dépendance physique justifiait un forfait B.

L'INAMI fait valoir :

- que pour le 2<sup>ème</sup> grief, aucune solution de Nacl ni aucune trousse de perfusion ne fut délivrée pour l'assuré,
- que pour le 4<sup>ème</sup> grief, le patient ne rencontre pas la définition du patient psychiatrique,
- que pour les griefs 5 et 6, vu le degré de dépendance, des codes de valeur inférieure auraient dû être attestés,

### **IV. Discussion**

#### **Le 2<sup>ème</sup> grief**

Ce grief concerne la mise en place et/ou la surveillance de perfusions sous cutanée de Nacl pour une patiente, Madame S. Le grief se fonde sur les faits :

- que pour la période concernée il n'est pas fait mention au cahier d'observations de l'assurée d'un quelconque état de déshydratation de la part des infirmières ou du médecin traitant,
- que l'ordonnancier du pharmacien ne fait mention d'aucune délivrance de solution de Nacl ni de trousse de perfusion.

Madame A. explique que les trousse de perfusion étaient fournies par la famille de la patiente.

La présente Chambre relève qu'aucune trace de fourniture de Nacl n'a été retrouvée pour cette patiente soit auprès des pharmacies ou de l'office de tarification. Madame A., qui pendant une longue période affirme avoir prodigué les soins à cette patiente ne sait préciser l'origine du Nacl. La présente Chambre au vu de ce fait et prenant également en compte l'absence d'un quelconque état de déshydratation dans le cahier d'observations ainsi que le fait que les poches ont une durée de conservation limitée considère le grief établi.

La décision dont appel doit être confirmée quant à ce.

#### Le 4<sup>ème</sup> grief

Le 4<sup>ème</sup> grief concerne la préparation et l'administration de médicaments pour des patients psychiatriques chroniques, soit en l'espèce Monsieur T.

L'article 8, § 8bis de la nomenclature précise que pour les prestations en cause par « patients psychiatriques chroniques » il faut entendre « *des bénéficiaires souffrant de schizophrénie ou d'un trouble de l'humeur bipolaire* ». Il n'est pas contesté que le patient était atteint d'Alzheimer et qu'il ne souffrait pas de schizophrénie ou de trouble de l'humeur bipolaire. Le fait que Madame A. préparait les médicaments pour ce patient ne rend pas la prestation attestable, le patient ne correspondant pas à la définition du patient psychiatrique chronique repris dans le texte réglementaire. Il n'appartient pas en effet à Madame A. d'interpréter un texte légal dès lors que celui-ci est clair et précis comme en l'espèce.

La décision dont appel doit être confirmée quant à ce.

#### Le 5<sup>ème</sup> grief

Ce grief concerne une assurée, Madame U. pour laquelle un forfait B a été attesté alors qu'un forfait A aurait dû l'être.

L'INAMI se fonde sur les déclarations de la patiente et d'un constat sur place. Celle-ci déclare se lever toute seule de son lit, sans perroquet, s'aider d'une canne et d'un gadot pour marcher, aller seule à la toilette, et porter une protection pour éviter les accidents. Une infirmière lui fait une toilette tous les jours mais elle fait elle-même son visage et la toilette intime.

Madame A. explique que si la patiente se lève seule, elle est incapable de se laver et de s'habiller. Elle précise que la patiente est incontinente complète des urines et qu'elle doit être habillée et changée quand elle va à la toilette. L'infirmière précise que la patiente ne peut se lever seule de son fauteuil chaque matin.

La présente Chambre relève que le médecin traitant de la patiente considère qu'elle est incontinente. La présente Chambre estime que l'incontinence en tout état de cause partielle, est établie au vu de cet élément et en raison du fait que la patiente porte constamment des protections. La patiente se rend toutefois à la

toilette et n'a pas de chaise percée. En ce qui concerne les déplacements, la présente Chambre relève que la patiente se déplace seule avec des aides mécaniques, qu'elle mange seule, même si ponctuellement une aide est nécessaire pour couper certains aliments et qu'elle va seule à la toilette. La patiente vit seule.

Au vu de ces éléments, le forfait A aurait dû être attesté, le grief est établi.

#### Le 6<sup>ème</sup> grief

Ce grief concerne une assurée, Madame V. pour laquelle un forfait B a été attesté alors qu'un forfait A aurait dû l'être.

L'INAMI se fonde sur les déclarations de la patiente et d'un constat sur place.

La présente Chambre relève que la patiente se lève seule, prépare ses repas et se déplace à l'aide d'un béquille. Elle est incontinente la nuit seulement en raison du fait qu'elle met du temps pour sortir de son lit. Elle ne sait pas se laver ni s'habiller entièrement seule mais sait s'habiller partiellement. La patiente vit seule.

Au vu de ces éléments, le forfait A aurait dû être attesté, le grief est établi.

#### Les autres griefs

Le premier grief n'est pas contesté, les soins ne pouvant être donnés vu le départ de la patiente à l'étranger durant la période litigieuse.

Le 3<sup>ème</sup> grief est établi, le forfait C attesté nécessitant deux passages par jour alors qu'un seul passage journalier était effectué.

Le 7<sup>ème</sup> grief est établi, l'application de gouttes et de pommade pour les yeux ne pouvant être attestée au vu de l'article 8, § 8, 3<sup>o</sup> de la nomenclature. En effet, l'application de ces produits ne visait pas à soigner des affections cutanées reprises dans la réglementation.

Le 8<sup>ème</sup> grief est établi, le médecin ayant stoppé l'application de pansements pour une plaie.

Le 9<sup>ème</sup> grief est établi, Madame A. ne se rendant qu'une fois par jour auprès de la patiente alors que deux trajets étaient attestés.

La Chambre relève en outre que les infractions relevées sont des infractions matérielles qui en cas de réalisation sont l'objet d'un remboursement conformément à l'article 142, § 1<sup>er</sup> de la loi coordonnée du 14 juillet 1994. L'obligation de remboursement résulte du seul non-respect de la disposition légale et ne nécessite nullement un quelconque élément moral.

La présente Chambre précise qu'il n'appartient pas à un dispensateur de soins de modifier les règles de la nomenclature, ne fût-ce que sous le couvert d'une interprétation téléologique. En effet, la réglementation est d'ordre public et il

n'appartient pas à un dispensateur de soins de modifier celle-ci même dans un but louable.

La récupération ordonnée sera confirmée.

### Les amendes administratives

Les infractions «réalité » et « conformité » basées sur l'article 73bis de la loi coordonnée sont des infractions matérielles ne requérant aucun dol particulier. L'erreur ou l'ignorance ne peuvent être retenues comme cause de justification que pour autant qu'elles soient invincibles, c'est-à-dire qu'elles n'auraient pu être commises par une personne raisonnable et prudente.

En l'espèce, les infractions furent commises librement et consciemment. En effet, elles furent commises par ignorance de la réglementation. La bonne foi comme l'absence d'intention frauduleuse ne sont pas des causes de justification en l'espèce.

Les amendes administratives infligées par la Chambre de première instance doivent être confirmées en l'espèce vu la durée de la période infractionnelle, le nombre d'infractions, le montant de l'indu à récupérer mais aussi de l'absence d'antécédent.

### **Par ces motifs,**

La Chambre de recours instituée auprès du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI,

composée de Monsieur Damien KREIT, Président, et des Docteurs Marie-Anne RAIMONDI, Maurice ANCKAERT, Madame Mariella VANHAGENDOREN, Monsieur Claude DECUYPER membres, assistée de Madame Caroline METENS, greffier,

après en avoir délibéré et statuant contradictoirement,

Mesdames Marie-Anne RAIMONDI et Mariella VANHAGENDOREN, Messieurs Maurice ANCKAERT, Claude DECUYPER ayant rendu leur avis sans prendre part à la décision,

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

Reçoit l'appel,

Le déclare non fondé,

Confirme en tous points la décision entreprise.

Ainsi prononcé en langue française et en audience publique de la Chambre de recours le 28 janvier 2016 à BRUXELLES, par Monsieur D. KREIT. Président, assisté de Madame C. METENS, Greffier.

Caroline METENS  
Greffier

Damien KREIT  
Président