

CHAMBRE DE RECOURS
DECISION PRONONCEE LE 9 NOVEMBRE 2017
Numéro de rôle FB-002-16

EN CAUSE DE : **Madame A.**
Infirmière

Comparaissant en personne et assistée de Maître B. ;

CONTRE : **SERVICE D'EVALUATION ET DE CONTRÔLE MEDICAUX,**
institué au sein de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, établi à
1150 Bruxelles, Avenue de Tervueren, 211 ;

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

I. ANTECEDENTS DE PROCEDURE.

I.1.

Madame A. est infirmière indépendante.

A la suite d'une enquête menée par le SECM, relative à l'activité professionnelle de Madame A. pour la période d'introduction des attestations de soins donnés, auprès des organismes assureurs, comprise entre le 1^{er} juillet 2010 et le 30 septembre 2012, deux procès-verbaux de constat d'infractions ont été établis le 27 juillet 2012 et le 29 avril 2013 (montant total de l'indu évalué alors à 83.278,20 €).

Par lettre du 21 juin 2013, le conseil de Madame A. a contesté les constatations et a mis en demeure le SECM de réduire à 0 € l'indu réclamé à sa cliente.

Le 23 octobre 2013, Madame A. a fait citer l'INAMI devant le Tribunal du travail de Liège aux fins d'entendre dire qu'elle ne devait aucun indu à l'INAMI. Elle sollicitait qu'une mesure d'expertise soit ordonnée, le litige étant d'ordre médical.

L'affaire a été renvoyée au rôle et est toujours pendante devant le Tribunal du travail de Liège.

I.2.

Par requête introductive d'instance reçue au greffe le 11 février 2014, l'INAMI (SECM) a saisi la Chambre de première instance d'une demande tendant à entendre déclarer établis les griefs formulés à l'encontre de Madame A. pour tous les cas cités dans la note

de synthèse et dans la requête, à entendre condamner Madame A. au remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé, soit la somme de 83.278,20 € à majorer des intérêts, et à entendre condamner Madame A. au paiement des amendes administratives prévues par la loi.

Par décision du 26 mars 2014, la Chambre de première instance a reçu la demande et ordonné la réouverture des débats à l'audience du 17 décembre 2015 afin que les parties produisent la copie du rapport d'expertise judiciaire le cas échéant intervenu à la suite de la demande formée par Madame A. devant la 2^{ème} chambre du Tribunal du travail de Liège ainsi que la copie des pièces de procédure et des éventuelles décisions prononcées par les juridictions du travail.

Madame A. a exposé par écrit qu'il n'y avait eu ni expertise ni jugement dans le cadre de l'instance mue devant le tribunal du travail.

Le 3 mai 2016, la Chambre de première instance, après avoir entendu les deux parties en leurs explications et défenses, a rendu la décision suivante :

Dit que les éléments matériels constitutifs des infractions reprises ci-après, basées sur l'article 73bis, 1^o et 2^o, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, sont établis dans le chef de Madame A. :

- *avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer 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, s'agissant de la mise en place et/ou à la surveillance de perfusions non effectuées chez une assurée, Madame E., à concurrence de :*
 - *303 prestations de code 425375, W 8,934 pour la période du 8 juillet 2010 au 14 mars 2012 et introduites au remboursement du 31 août 2010 au 30 avril 2012, ayant généré un indu de 11.428,11 € ;*
 - *133 prestations de code 425773, W 13,401 pour la période du 10 juillet 2010 au 11 mars 2012 et introduites au remboursement du 31 août 2010 au 30 avril 2012, ayant généré un indu de 7.522,61 € ;*
 - *21 prestations de code 425375, W 8,934 pour la période du 24 mai 2010 au 29 juin 2012 et introduites au remboursement du 30 juin 2012 au 31 juillet 2012, ayant généré un indu de 805,77 € ;*
 - *10 prestations de code 425773, W 13,401 pour la période du 26 mai 2012 au 30 juin 2012 et introduites au remboursement du 30 juin 2012 au 31 juillet 2012, ayant généré un indu de 575,50 € (= grief n^o1) ;*

...

- *avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer 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 ou accords conclus en vertu de cette même loi, s'agissant d'un forfait B non attestable chez une assurée (déclassement en T7), à concurrence de :*
 - *22 prestations de code 425294, W 7,371 pour la période du 1^{er} juin 2010 au 30 juin 2010 et introduites au remboursement le 31 juillet 2010, ayant généré un indu de 345,18 € ;*
 - *8 prestations de code 425692, W 10,944 pour la période du 5 juin 2010 au 27 juillet 2010 et introduites au remboursement le 31 juillet 2010, ayant généré un indu de 185,68 € (= grief n°3) ;*

- *avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer 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 ou accords conclus en vertu de cette même loi, s'agissant d'un forfait C non attestable chez une assurée (déclassement en B), à concurrence de :*
 - *117 prestations de code 425316, W 10,083 pour la période du 7 juillet 2010 au 16 mars 2012 et introduites au remboursement du 30 août 2010 au 5 avril 2012, ayant généré un indu de 1.209,81 € ;*
 - *47 prestations de code 425714, W 15,017 pour la période du 10 juillet 2010 au 17 mars 2012 et introduites au remboursement du 30 août 2010 au 5 avril 2012, ayant généré un indu de 730,26 € ;*
 - *51 prestations de code 425316, W 10,083 pour la période du 19 mars 2012 au 5 juin 2012 et introduites au remboursement du 5 avril 2012 au 1^{er} juillet 2012, ayant généré un indu de 533,97 € ;*
 - *25 prestations de code 425714, W 15,017 pour la période du 18 mars 2012 au 28 mai 2012 et introduites au remboursement du 5 avril 2012 au 1^{er} juin 2012, ayant généré un indu de 393,75 € (= grief n°4) ;*

- *avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer 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 ou accords conclus en vertu de cette même loi,*

s'agissant d'un forfait B non attestable chez une assurée (déclassement en T7), à concurrence de :

- *423 prestations de code 425294, W 7,371 pour la période du 1^{er} juillet 2010 au 16 mars 2012 et introduites au remboursement du 6 août 2010 au 5 avril 2012, ayant généré un indu de 9.500,80 € ;*
- *180 prestations de code 425692, W 10,944 pour la période du 3 juillet 2010 au 17 mars 2012 et introduites au remboursement du 6 août 2010 au 5 avril 2012, ayant généré un indu de 6.061,58 € ;*
- *115 prestations de code 425294, W 7,371 pour la période du 19 mars 2012 au 31 août 2012 et introduites au remboursement du 5 avril 2012 au 12 septembre 2012, ayant généré un indu de 2.631,20 € ;*
- *52 prestations de code 425692, W 10,944 pour la période du 18 mars 2012 au 26 août 2012 et introduites au remboursement du 5 avril 2012 au 12 septembre 2012, ayant généré un indu de 1.783,08 € (= grief n°5).*

Condamne Madame A. à rembourser la valeur des prestations indûment versées par l'assurance soins de santé, soit la somme de 43.707,30 €, à majorer des intérêts au taux légal en matière sociale dans les trente jours de la notification de la décision.

Dit que l'infraction « prestations non effectuées » et les infractions « prestations non conformes » reprises ci-avant ont été commises par Madame A. et lui sont imputables.

Condamne Madame A. à payer une amende administrative s'élevant à 200,00 €, majorée des décimes additionnels (X 6), soit une amende de 1.200,00 €, assortie d'un sursis durant deux ans en ce qui concerne 50% du montant de cette amende, à majorer des intérêts au taux légal en matière sociale dans les trente jours de la notification de la décision, pour l'infraction reprochée sous le grief n°1 et commise avant le 18 mars 2012.

Condamne Madame A. à payer une amende administrative s'élevant à 100% du montant de la valeur des prestations indues, soit la somme de 1.381,27 € assortie d'un sursis durant deux ans en ce qui concerne 50% du montant de cette amende, à majorer des intérêts au taux légal en matière sociale dans les trente jours de la notification de la décision, pour l'infraction reprochée sous le grief n°1 et commise après le 17 mars 2012.

Condamne Madame A. à payer une amende administrative s'élevant à 200,00 €, majorée des décimes additionnels (X 6), soit une amende de 1.200,00 €, assortie d'un sursis durant deux ans en ce qui concerne 50% du montant de cette amende, à majorer des intérêts au taux légal en matière sociale dans les trente jours de la notification de la décision, pour les infractions reprochées sous les griefs n°3, 4 et 5 et commises avant le 18 mars 2012.

Condamne Madame A. à payer une amende administrative s'élevant à 100% du montant de la valeur des prestations indues, soit la somme de 5.527,68 € assortie d'un sursis durant deux ans en ce qui concerne 50% du montant de cette amende, à majorer des intérêts au taux légal en matière sociale dans les trente jours de la notification de la décision, pour les infractions reprochées sous les griefs n° 3, 4 et 5 et commises après le 17 mars 2012.

Dit que la présente décision est exécutoire de plein droit par provision nonobstant tout recours. ».

Cette décision a été notifiée aux parties par le greffe par un pli daté du 10 mai 2016.

Compte tenu du caractère non suspensif du recours et de la prise de cours d'intérêts de retard au taux de 7% l'an, Madame A. a payé, suite à la notification de la décision en date du 10 mai 2016, la somme totale de 48.361,78 € et ce, sous toutes réserves.

I.3.

Par requête introduite le 10 juin 2016, Madame A. a interjeté appel de la décision de la Chambre de 1^{ère} instance du 3 mai 2016.

Ce recours est recevable, ayant été formé dans les formes et délai requis.

Le 8 septembre 2016, l'INAMI (SECM), partie intimée, a déposé des « conclusions en réplique » dans lesquelles il a signalé qu'il abandonnait les griefs 2 et 6 relatifs aux soins palliatifs. L'abandon de ces griefs est un fait acquis au moment où la Chambre de recours statue.

L'appelante a déposé ses conclusions, l'inventaire des pièces de son dossier et 4 pièces complémentaires en date du 12 décembre 2016.

L'INAMI (SECM) a déposé ses conclusions additionnelles et de synthèse le 11 janvier 2017.

Lors de l'audience du 21 septembre 2017, les parties ont été entendues et la cause a été mise en délibéré.

II. DEMANDES DES PARTIES EN APPEL.

II.1. Les demandes de la partie appelante.

Par sa requête et ses conclusions d'appel, Madame A. demande à la Chambre de recours :

- quant au grief n°1 :
 - de dire pour droit que les éléments du dossier ne permettent pas d'établir l'existence de 467 prestations qui n'auraient pas été effectuées ;
 - subsidiairement, de désigner un médecin expert qui aura à se prononcer sur la possibilité pour Madame E. de ne bénéficier, compte tenu de son état de santé, que d'une hydratation une semaine par mois ;
 - d'ordonner également la mesure d'instruction complémentaire qui consiste à auditionner le Dr F. sur la discordance entre ses prescriptions et la déclaration qu'il a faite ultérieurement au SECM ;
- quant aux griefs n° 3, 4 et 5 (échelle de Katz) :
 - de dire pour droit qu'il n'est pas établi que l'appelante aurait procédé à une surévaluation des scores ;
 - subsidiairement, de désigner un médecin expert qui aura à se prononcer sur l'échelle de dépendance pour la période litigieuse, pour les 3 patientes concernées ;
 - d'ordonner également comme mesures d'instruction complémentaires, en ce qui concerne Madame G., l'audition de son fils et de sa fille, ainsi que du Dr H. et du Dr I. ;
- quant à l'éventuelle amende administrative, de dire pour droit que le cas échéant, elle doit être unique par admission de l'unité d'intention, et réduite à 40% de son montant minimum assorti d'un sursis intégral ;
- d'ordonner la restitution de la somme de 48.361,78 € payée par l'appelante le 8 juin 2016 à majorer des intérêts moratoires au taux légal.

II.2. Demandes de la partie intimée.

Aux termes de ses conclusions de synthèse d'appel, l'INAMI (SECM) demande à la Chambre de recours de :

- confirmer en tous points la décision de la Chambre de 1^{ère} instance du 3 mai 2016 ;
- constater que Madame A. a, en date du 8 juin 2016, procédé au paiement de la somme de 48.361,78 € correspondant au montant total des prestations litigieuses ainsi que des amendes administratives lui réclamées en vertu de cette décision du 3 mai 2016.

III. EXAMEN DES GRIEFS.

III.1. Grief n° 1 : prestations attestées non effectuées.

III.1.1. Dispositions légales applicables.

L'article 53, § 1^{er} de la loi relative à l'assurance soins de santé et indemnités coordonnée le 4 juillet 1994 dispose que :

« 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**; (...) ».

Suivant l'article 73bis, 1^o,

« 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, § 1^{er} :

1^o 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 ...** ».

III.1.2. Position des parties.

L'INAMI (SECM) reproche à Madame A. d'avoir attesté des prestations non effectuées.

Ce premier grief est formulé pour 467 mises en place et/ou surveillances de perfusion pour la période du 8 juillet 2010 au 31 juillet 2012 à Madame E. et représente un indu de 20.331,99 €.

Pour fonder ce grief, l'INAMI (SECM) se base sur les déclarations du médecin de famille, le Docteur F., du fils de l'assurée, Monsieur J. et de l'époux de l'assurée, Monsieur K.

La Chambre de 1^{ère} instance (page 12 de la décision dont appel) a jugé le grief établi en se basant sur :

- *les déclarations concordantes de Monsieur J., fils de l'assurée, et du médecin de l'assurée, le Docteur F., desquelles il ressort que l'assurée se voyait administrer des injections pour l'hydratation de manière espacée à raison d'une semaine par mois, et non pas quotidiennement ;*
- *les discordances entre les données contenues dans le dossier infirmier – dont l'importance est primordiale et qui doit être complété correctement, à défaut de quoi les honoraires forfaitaires et supplémentaires ne peuvent être attestés – et les dates des prestations portées en compte ;*
- *la reconnaissance faite par Madame A. elle-même quant à des erreurs dans sa facturation (certes dans une proportion inférieure à celle qui lui est reprochée).*

L'appelante critique cette décision estimant que la Chambre de 1^{ère} instance aurait entériné purement et simplement la thèse du SECM sans indiquer, factuellement, quels étaient les éléments ayant emporté sa conviction et ce, alors qu'une contestation argumentée était opposée avec maintien des demandes de mesures d'instruction complémentaires déjà formulées lors de la phase administrative et qui seraient, selon elle, de nature à apporter la preuve du caractère infondé du grief.

L'appelante relève que les déclarations faites par le Docteur F. lors de son audition du 23 octobre 2012 sont contredites par les prescriptions que ce même médecin a délivrées et qui prévoyaient une perfusion cutanée quotidienne et ce, du 30/08/2010 au 31/11/2010 inclus, du 01/12/2010 au 28/02/2011 inclus, du 14/03/2011 au 14 juin 2011 inclus et encore durant trois mois selon une prescription du 15/12/2011 (dossier de l'appelante, farde 2, pièces 14 à 17). Elle réitère sa demande tendant à ce que le Docteur F. soit entendu.

L'appelante conteste le caractère probant des déclarations de l'époux de Madame E. au motif que, « *né le 8 mai 1926, il n'était pas en état, le 14 juin 2012, de se souvenir avec précision des prestations accomplies pendant toute la période considérée (juillet 2010 à juillet 2012), ni de ses propres déplacements pour acquérir des perfusions, étant lui-même quasiment grabataire et souffrant d'une grave dépression* » (conclusions d'appel de la partie appelante, page 8). Elle relève qu'au demeurant, Monsieur K. a été hospitalisé le 9 juillet 2012 et est décédé un mois plus tard (idem).

L'appelante estime également que les déclarations du fils de Madame E., Monsieur J., reçues lors d'une audition du 11 octobre 2012, ne permettent pas d'établir la réalité du grief car il n'était pas présent tous les jours et ne venait qu'au maximum une fois par semaine. Il n'aurait donc rien vu.

Enfin, l'appelante expose qu'elle disposait régulièrement de baxters provenant de stocks inutilisés venant de patients décédés, qui lui étaient remis gratuitement par la pharmacienne Madame L. et qu'elle pouvait utiliser sur la patiente Madame E. Elle produit à son dossier (farde 2, pièce 20) une attestation en ce sens de Madame L. (pharmacie ...).

III.1.3. Appréciation par la Chambre de recours.

III.1.3.1.

La Chambre de recours relève tout d'abord que, suivant la thèse de l'INAMI (SECM) exposée par le Docteur C. et non contestée par l'appelante, c'est un signalement de l'Ordre des médecins qui est à l'origine de l'enquête menée par le SECM en cette affaire, une étude des profils d'activités de Madame A. ayant fait apparaître une augmentation anormalement élevée des prestations introduites entre 2011 et 2012 sur une période de six mois.

Madame A. reconnaît elle-même un certain nombre de prestations non effectuées concernant la patiente Madame E. Celles-ci résulteraient d'erreurs survenues « à l'occasion de la facturation mensuelle de ses soins » et qui seraient dues au fait que « certains jours où elle n'a pas placé la perfusion, l'encodage de la prestation n'a pas été annulé » (ses conclusions, page 6). Lorsqu'elle a été entendue le 11 septembre 2012, elle a déclaré : « J'ai une partie de mes dossiers infirmiers qui sont informatisés » et a immédiatement rectifié comme suit : « Quand je dis une partie, ils le sont tous puisqu'ils servent à l'édition de la facturation ».

Les inspectrices qui l'interrogeaient ont pris copie de son carnet d'observations manuscrites (annexe 4 du PV) ainsi que d'une note jointe qui constitue le relevé des baxters pour la patiente Madame E. Sur la base de cette note, relative à la période allant d'août 2010 à mai 2011 (prestations introduites au remboursement du 31/08/2010 au 31/05/2011), Madame A. reconnaît, n'avoir effectivement placé que 203 baxters sur une quantité prescrite de 249, d'où 46 baxters qu'elle considère avoir « facturés en trop ».

Cette reconnaissance est incompatible avec la contestation de la matérialité des faits, raison pour laquelle l'appelante utilise la formulation suivante : « conteste que le grief n°1, tel que reproché, soit établi dans sa matérialité, en tout cas dans son ampleur » (sa requête d'appel, p. 2).

Les inspectrices ont pu comparer la feuille du cahier de notes concernant Madame E., où les jours de présence de l'infirmière sont notés, avec les dates des prestations facturées par Madame A. et elles ont constaté une discordance entre ces dates. La Chambre de 1^{ère} instance a d'ailleurs relevé cet élément (décision, page 12), estimant le grief établi notamment sur la base des « discordances entre les données contenues dans le dossier infirmier – dont l'importance est primordiale et qui doit être complété correctement, à défaut de quoi les honoraires forfaitaires et supplémentaires ne peuvent être attestés – et les dates des prestations portées en compte ».

III.1.3.2.

Il est un fait acquis que Madame E. était déshydratée en permanence car elle ne buvait pas. L'INAMI (SECM) admet donc que la mise en place d'une hypodermoclyse se justifiait (réhydratation par voie sous-cutanée). Le grief porte sur le nombre de prestations portées en compte.

Entendu le 23 octobre 2012, le Docteur F. a déclaré :

« (...) Vous m'interpellez sur Madame E. : je la soigne depuis 45 ans. Son mari est décédé récemment.

(...).

Elle est constamment déshydratée, elle ne boit pas.

Récemment j'ai voulu lui faire boire du café, elle l'a renversé.

J'y vais une fois par mois, même plus, je vous rappelle qu'elle fait régulièrement des infections urinaires.

En ce qui concerne les hypodermoclyses, elle en recevait tous les mois pendant une semaine.

Son fils m'a appelé pour demain, et je pense qu'elle est à nouveau déshydratée.

L'infirmière surveille aussi.

Dans la plupart des fois où j'ai prescrit c'était pour 8 ou 12 baxters. C'était plus sûr pour son mari. (...). ».

Il ressort clairement de ces déclarations faites à deux médecins-inspecteurs près le SECM, que le Docteur F., médecin de la patiente depuis 45 ans, estimait que les perfusions n'étaient nécessaires que durant une semaine chaque mois. Le fait que le Docteur H. ait prescrit 20 séances pour déshydratation est sans incidence, étant donné qu'il n'était pas le médecin habituel de la patiente et n'est intervenu que deux fois suivant les propres conclusions de l'appelante (page 7).

L'attestation du Docteur F. datée du 23 août 2012, sollicitée par l'appelante après le début de l'enquête et produite au dossier de celle-ci (fardes 2, pièce 8), outre qu'elle n'a pas la même valeur probante qu'une déclaration faite dans le cadre d'une audition par les inspecteurs du SECM, ne contredit pas fondamentalement les dires recueillis par ceux-ci lors de l'audition du 23 octobre 2012. En effet, si le Docteur F. y écrit que l'infirmière passait bien chaque jour matin et soir et prestait les soins habituels « ... *en particulier, elle plaçait régulièrement des baxters de glucose ou NaCl suivant les directives que je lui donnais* ... », il ne dit pas qu'il prescrivait un baxter par jour tous les jours, le terme « régulièrement » ne pouvant être entendu comme « quotidiennement ».

Selon l'appelante, les déclarations du Docteur F. sur lesquelles s'appuie l'INAMI (SECM) ne correspondraient pas à la réalité. Elle produit à cet égard des prescriptions de ce médecin qui prévoient un baxter par jour. Suivant l'appelante, le Docteur F. aurait perdu de vue les prescriptions réelles qu'il a établies.

Si tel était le cas déjà en 2012, il semble peu probable que le Docteur F. puisse se souvenir, plus de cinq ans plus tard, du nombre exact de baxters qu'il a prescrit pour sa patiente Madame E. durant la période litigieuse. La mesure d'instruction complémentaire sollicitée par la partie appelante (audition du Docteur F. sur les discordances entre ses prescriptions et la déclaration qu'il a faite ultérieurement au SECM) n'apparaît ni raisonnable ni utile eu égard aux autres éléments du dossier.

De même, il n'apparaît pas utile de recourir à une expertise médicale pour éclairer la

Chambre de recours sur la possibilité pour Madame E. de ne bénéficier, dans l'état qui était le sien, que d'une seule hydratation une semaine par mois. En effet, ce qu'il convient d'établir pour décider si l'infraction est ou non établie, n'est pas que l'état de la patiente nécessitait, le cas échéant, une perfusion chaque jour mais bien qu'il y a effectivement eu (ou pas) le placement d'un baxter tous les jours.

Or, dans sa déclaration du 23 octobre 2012 aux inspecteurs du SECM, le Docteur F. a clairement affirmé que « *En ce qui concerne les hypodermoclyses, elle en recevait tous les mois pendant une semaine* ».

Cette fréquence n'est pas confirmée par le fils de la patiente, Monsieur J., lequel déclare très objectivement lors de son audition du 11 octobre 2012 : « *je n'en sais rien puisque je n'étais pas là* ». Toutefois, il ajoute :

« *Quand on était dans une période de baxter, le jeudi, elle n'en avait pas du temps de mon père car nous venions souper* ».

Il ressort de cette déclaration :

- a) qu'il y avait des « *périodes de baxter* »,
- b) que durant ces périodes, sa mère n'en recevait pas le jeudi,

Ce qui démontre bien que, même pour le fils qui n'était présent qu'une fois par semaine, il était clair que Madame E. ne recevait pas de baxter tous les jours.

III.1.3.3.

Il ressort d'un constat dressé par l'infirmier-contrôleur en date du 15 janvier 2013, que le Docteur F. a déclaré :

« *... Concernant la prescription de baxters (Naci ou glucosé) j'ai été trouver le pharmacien M. qui fournissait la famille X.
Il m'a fait le total des prescriptions de Naci ou glucosé que j'ai fait par année : en 2010 36, en 2011 55 et 2012 68.
C'est ce que j'ai réellement prescrit, cela m'étonnerait de la part de K. de se fournir ailleurs.
En 2012 elle en a eu assez bien parce qu'elle en avait plus besoin ...* ».

Cette déclaration émanant du médecin prescripteur qui connaissait la famille depuis plus de 40 ans et qui prescrivait 8 ou 12 baxters à la fois « *parce que c'était plus sûr pour le mari* » de la patiente, ne permet pas d'accorder du crédit à la thèse de Madame A. suivant laquelle elle se serait elle-même fournie en baxters remis gracieusement par un autre pharmacien, Madame L. Cette dernière a néanmoins été entendue par des pharmaciens-inspecteurs dans le cadre de l'enquête menée par le SECM (PV d'audition du 12 octobre 2012) et elle a déclaré :

« *Vous me présentez l'attestation « annexe 6 du PVA du 11/09/2012 » où je*

déclare avoir fourni des baxters gratuitement à Mme A. depuis 2008. Ces baxters m'étaient rentrés après le décès de patients et, pour ne pas les jeter, je les donnais à Mme A.

Vous me demandez un ordre de grandeur du nombre de baxters fournis et je vous réponds que je ne m'en souviens pas. Cela pourrait être 20 comme 80 ou plus. Vous me demandez quand a eu lieu la dernière fourniture et je ne m'en souviens pas non plus.

Vous me demandez de vous fournir les relevés des baxters qui nous ont été fournis ainsi que la liste des délivrances depuis 2008. Je vous réponds que nous avons eu un problème informatique et je ferai mon possible pour vous fournir ces données le plus vite possible. (...) ».

A raison la Chambre de 1^{ère} instance a jugé cette déclaration imprécise et n'en a pas tenu compte pour apprécier la réalité du grief.

La Chambre de recours relève que Monsieur J. a lui aussi désigné la pharmacie M. comme la pharmacie de ses parents. On lit, en effet, dans le PV d'audition du 11 octobre 2012 :

« La pharmacie habituelle de maman depuis des années est la pharmacie M. C'est là que je suis allé chercher des baxters et des trousses à perfusion, lundi (20). Je vous les montre. Je suis certain que papa allait là aussi. Le pharmacien était très coopérant puisqu'il lui arrivait d'apporter les médicaments manquants. (...) ».

III.1.3.4.

La circonstance que l'époux de Madame E. était très âgé au moment où il a été auditionné par les inspecteurs du SECM (le 14 juin 2012) et qu'il est décédé peu de temps après, ne permet d'écarter ses déclarations comme « *non conformes à la réalité* » et « *complètement fausses* », ainsi que l'affirme désobligeamment le Docteur F. dans son attestation du 23 août 2012. La lecture de l'audition de Monsieur K. fait apparaître, au contraire, que celui-ci connaissait très bien l'état de santé de son épouse, les mesures mises en place pour permettre à celle-ci d'être maintenue à domicile et les soins qui lui étaient prodigués.

Il était donc tout à fait crédible lorsqu'il a déclaré :

« Elle boit trop peu alors elle reçoit un litre de liquide physiologique par baxter dans le ventre toutes les cinq, six semaines. (...) ».

III.1.3.5.

En conclusion, l'appel n'est fondé, ni en ce qu'il tend à entendre dire pour droit que le grief n°1 n'est pas établi ou n'est que « partiellement » établi, ni en ce qu'il tend, à titre subsidiaire, à entendre ordonner des mesures d'instruction complémentaires.

Eu égard aux éléments concordants repris ci-dessus, la Chambre de recours considère que le grief n°1 est établi dans la mesure retenue par le SECM.

III.2. Griefs n° 3, 4 et 5 : surscorage des critères de dépendance relatifs aux honoraires forfaitaires.

III.2.1. Dispositions légales applicables.

L'article 53, § 1^{er} de la loi relative à l'assurance soins de santé et indemnités coordonnée le 4 juillet 1994 dispose que :

« 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, § 1^{er}, cette mention est indiquée par le numéro d'ordre à ladite nomenclature.** ».

Les articles 8, § 1^{er}, 1° I et II et 8, § 1^{er}, 2°, I et II de la nomenclature des prestations de santé, en abrégé N.P.S. (arrêté royal du 14 septembre 1984) définissent les codes de la nomenclature et les prestations qui peuvent être attestées en matière de soins infirmiers.

L'article 8, § 5 de la N.P.S. précise les éléments sur base desquels l'état de dépendance physique de l'assuré est évalué.

L'article 73 bis, 2° de la loi ASSI dispose que :

« Sans préjudice d'éventuelles poursuites pénales et/ou disciplinaires et notwithstanding 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, § 1^{er} :

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 ».

III.2.2. Appréciation par la Chambre de recours.

Les griefs n° 3, 4 et 5 concernent trois cas d'assurées qu'il convient d'examiner successivement.

A. Madame N.

Il est reproché à Madame A. d'avoir attesté des honoraires forfaitaires B alors que les degrés requis de dépendance physique, tels que déterminés par les dispositions de la N.P.S. n'étaient pas atteints. Le montant de l'indu représente une somme de 530,86 €.

La Chambre de 1^{ère} instance a jugé le grief établi en se fondant sur les déclarations de l'assurée et les constats effectués par le SECM et en relevant une contradiction dans le

chef de Madame A.

L'appelante critique cette décision, estimant que cette motivation ne permet pas de saisir précisément les éléments factuels qui ont emporté la conviction des premiers juges.

Plus précisément, l'appelante estime qu'il n'est pas possible de rétrograder l'état de dépendance de Madame N. pour le seul mois de juin 2010 (sur les trois mois pour lesquels le forfait B a été admis à l'époque) et ce, après une seule visite des inspecteurs du SECM effectuée en date du 18 juillet 2012, soit plus de deux ans après le mois concerné.

A raison l'INAMI (SECM) observe tout d'abord que si seul le mois de juin 2010 est concerné par le grief, c'est au motif que les prestations antérieures étaient prescrites au moment du constat (prescription de deux ans).

La Chambre de recours constate, par ailleurs, que le déclassement n'est pas basé sur la seule déclaration de l'assurée mais bien sur le constat des inspectrices : celles-ci ont pu constater que Madame N. se déplaçait avec une tribune de marche, se rendait seule aux toilettes et portait une protection. C'est sur base de ces éléments factuels et en s'appuyant sur les directives émises à l'attention des prestataires, que le SECM a évalué l'état de dépendance de l'assurée et a constaté une surévaluation des scores de dépendance en l'occurrence.

L'utilisation de la chaise percée – élément de fait non contesté par l'appelante – révèle effectivement l'existence de problèmes de déplacement plutôt qu'une incontinence. Il apparaît donc établi que Madame A. surscrait le critère de la continence.

En conséquence, le grief n° 3 demeure établi après examen par la Chambre de recours, sans qu'il soit nécessaire de procéder à une expertise médicale pour déterminer le degré de dépendance de cette assurée.

Sur ce point également, l'appel est non fondé.

B. Madame O.

Pour cette assurée, le SECM a déclassé du forfait C au forfait B pour la période du 8 juillet 2010 au 27 janvier 2011 (montant de l'indu : 1.017,52 €) et pour la période du 1^{er} janvier 2012 au 5 juin 2012 (montant de l'indu : 1.850,07 €).

Madame A. reproche à la Chambre de 1^{ère} instance d'avoir, sans autre précision, déclaré ce grief établi en invoquant les déclarations du compagnon de l'assurée, le rapport des Docteurs P. et Q. et les constats effectués par le SECM quant à l'état de dépendance de l'assurée.

La Chambre de recours réexamine les éléments du dossier et constate ce qui suit :

- lors de son audition du 14 juin 2012 Monsieur R., compagnon de Madame O., a décrit l'état de sa compagne depuis sa sortie d'hôpital, le 5 juin 2012 et a précisé que cet état s'était aggravé depuis février-mars 2012 ;
- Monsieur R. a remis aux inspecteurs du SECM un rapport médical des Docteurs P. et Q. du ... datant du 5 juin 2012 ; il en ressort qu'à cette date ces médecins évaluaient l'autonomie de Madame O. de la manière suivante : « *Katz (4-4-3-4-4-2), orientation temporelle (4), orientation spatiale (3)* » ;
- lors de son audition, le 23 octobre 2012, le médecin traitant de l'assurée, le Docteur H. se présente comme le médecin traitant de la patiente qu'il suit depuis 10-12 ans. Confronté aux scores du rapport de l'hôpital, il se déclare d'accord avec ceux-ci ;
- lors de leur visite du 14 juin 2012, les inspectrices constatent un état de dépendance correspondant à un forfait B.

Il résulte de l'ensemble de ces éléments que le forfait C porté en compte par Madame A. pour les prestations effectuées entre le 8 juillet 2010 et le 5 juin 2012 n'est pas justifié et doit être déclassé en forfait B.

Le grief n° 4 apparaît donc également établi et dès lors l'appel n'est pas fondé sur ce point.

C. Madame G.

La Chambre de recours relève tout d'abord que Madame G. est la mère de Madame A., de sorte que deux des témoins dont l'appelante sollicite l'audition dans le cadre d'une enquête ne sont autres que son frère et sa sœur.

Pour cette assurée, l'INAMI (SECM) reproche à Madame A. d'avoir attesté des honoraires forfaitaires B tous les jours alors que les degrés de dépendance de l'intéressée ne permettaient d'attester qu'une toilette à l'acte 7 jours par semaine et ce, du 1^{er} juillet 2010 au 30 avril 2011 (soit un indu de 7.709,30 €) et du 1^{er} mai 2011 au 31 août 2012 (soit un indu de 12.177,36 €).

La Chambre de 1^{ère} instance a jugé le grief établi sur la base des déclarations de l'assurée et du médecin traitant de celle-ci ainsi que sur les constats effectués par le SECM quant à l'état de dépendance de l'assurée.

Madame A. soutient :

- que les déclarations qui ont pu être faites par Madame G. le 18 juillet 2012 ne correspondaient pas à la réalité ; en effet, l'intéressée – âgée de 80 ans – a cru avoir affaire à deux assistantes sociales venues pour la placer dans une maison de repos et, pour les en dissuader, elle se serait inventé des capacités qu'elle n'avait plus ; elle a notamment déclaré : « *je me déplace avec une béquille, je vais dans le jardin couper des fleurs...* » (alors qu'il n'y aurait pas de fleurs, selon l'attestation de Madame A.) ;
- que les infirmières-inspectrices n'ont procédé à aucune vérification concrète ;
- qu'en réalité, cette dame ne sait rien faire seule ; elle est notamment incapable d'entrer ou de sortir de son lit seule (rupture des ligaments de l'épaule) ;
- que Madame G. bénéficiait du forfait B depuis le 1^{er} janvier 2006 avec renouvellement régulier des demandes accordées jusqu'à la décision litigieuse ;
- que le forfait B a été réattribué depuis août 2014 et jusqu'à ce jour.

La Chambre de recours écarte d'emblée ces deux derniers éléments.

La circonstance que le forfait B ait été attribué à partir de janvier 2006 (avant le contrôle) est sans incidence, puisqu'il y a eu déclassement suite aux constatations faites par le SECM.

Par ailleurs, si un forfait B a été accordé à partir d'août 2014 (postérieurement au contrôle), c'est suite à un rapport adressé le 16 juin 2014 au Docteur S. de l'INAMI par le Docteur I. qui décrit un état de santé de Madame G. justifiant à ce moment une révision du dossier et la reconnaissance de critères de l'échelle de Katz de 4-4-3-3-3-2.

Lors de son audition en date du 18 juillet 2012, Madame G. a déclaré aux infirmières-contrôleuses :

*« L'infirmière qui s'occupe de moi, c'est ma fille.
Elle vient me laver tous les jours même le week-end.
J'ai un lit médicalisé au rez-de-chaussée. (...).
Le matin, je me lève seule et le soir, je me déshabille seule comme je peux et je vais au lit seule. (...).
Je me déplace avec une béquille (...).
J'ai une chaise roulante que j'utilise parfois pour soulager ma hanche droite (non opérée).*

*Je suis prudente dans mes déplacements pour ne pas tomber.
Mon W.C. se trouve au rez-de-chaussée, j'y vais bien seule. Ce n'est pas facile
mais j'y arrive. J'ai des « pampers » pour mettre quand c'est trop pressant, j'en
mets souvent mais pas tous les jours.*

*Pour manger, ma fille commandait des dîners chez un traiteur mais ils n'étaient
plus très bons alors maintenant ce sont mes enfants qui amènent des repas et je
les réchauffe au micro-ondes.*

Les courses, ce sont mes enfants qui les font (...).

Je vous montre mon traitement :

...

Je prends aussi du (...) et des dragées FUCA pour aller à la toilette. ».

L'appelante a déposé une attestation de sa sœur (fille de Madame G.), Madame A'. Loin d'apporter la preuve que les déclarations faites par Madame G. ne correspondent pas à la réalité, la déclaration écrite de Madame A'. corrobore les éléments reproduits ci-dessus, puisqu'elle signale essentiellement que sa mère est incapable de faire sa toilette seule (ce qui est un fait acquis au débat) et qu'elle doit porter des langes car il lui arrive plusieurs « accidents » par semaine et qu'elle a des diarrhées dues à l'abus de laxatifs, ce que Madame G. avait elle-même indiqué.

Le PV de constat d'infraction du SECM ne se base pas uniquement sur les déclarations de l'assurée. Il résulte en effet de la note de synthèse (page 22), que les deux inspectrices – assermentées – ont fait elles-mêmes sur place les constatations suivantes : « ... l'assurée vit seule à l'arrière d'une bijouterie. Elle se déplace seule à l'aide d'une canne et se rend aux toilettes seule. Le critère d'incontinence serait-il même scoré par un 3 (incontinence urinaire), il ne permettrait pas d'obtenir un forfait. ».

En conclusion, après réexamen par la Chambre de recours, le grief n° 5 apparaît bien établi.

L'expertise médicale sollicitée par la partie appelante ne présente donc aucune utilité.

Sur ce point également, l'appel est non fondé.

III.2.3. Conclusion.

Les griefs n° 1, 3, 4 et 5 formulés par le SECM à l'encontre de Madame A. sont établis.

L'indu total s'élève à 43.707,30 €.

IV. RECUPERATION ET SANCTION.

IV.1. Récupération.

L'article 142, § 1er de la loi ASSI cordonnée le 14 juillet 1994 dispose :

« Sans préjudice d'éventuelles sanctions pénales et/ou disciplinaires, les mesures suivantes sont appliquées aux dispensateurs de soins et assimilés qui ne se conforment pas aux dispositions de l'article 73bis :

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 % du montant du remboursement en cas d'infraction aux dispositions de l'article 73bis, 1°;

2°

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 ⁸[du remboursement]⁸ en cas d'infraction aux dispositions de l'article 73bis, 2°;

(...) ».

En application des dispositions légales précitées, c'est à bon droit que Madame A. a été condamnée par la Chambre de 1^{ère} instance à rembourser à l'INAMI le montant total de l'indu, soit la somme précitée de 43.707,30 €.

En ce qu'il tend à entendre ordonner le remboursement de cette somme déjà payée par l'appelante, l'appel doit être déclaré non fondé.

IV.2. Sanction.

IV.2.1.

Conformément aux dispositions légales reproduites ci-dessus,

- en cas d'infraction à l'article 73bis 1°, le dispensateur de soins doit rembourser la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé et payer une amende administrative comprise entre 50 % et 200% du montant de la valeur des mêmes prestations ;
- en cas d'infraction à l'article 73bis 2°, le dispensateur de soins doit rembourser la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé et/ou payer une amende administrative comprise entre 5 % et 150 % du montant de la valeur des mêmes prestations.

Les infractions dont question constituent des infractions réglementaires, c'est-à-dire qu'elles ne requièrent pas d'intention et sont punissables par le seul fait de la transgression d'une disposition légale ou réglementaire, à la condition qu'elles soient commises librement et consciemment.

Tel est bien le cas en l'espèce, ainsi qu'il ressort de l'examen approfondi des éléments du dossier.

Il apparaît, en effet, que Madame A. a agi librement et consciemment et qu'elle ne peut faire valoir aucune cause de justification crédible.

Les erreurs informatiques qu'elle invoque ne sont pas justifiées et les discordances relevées entre les données contenues dans le dossier infirmier et les dates des prestations portées en compte font apparaître que Madame A. n'a pas fait preuve de la rigueur, de la vigilance et de la probité qui s'imposent aux prestataires de soins.

La Chambre de recours confirme, en conséquence, la décision dont appel en ce qu'elle estime que les infractions ont été commises par Madame A. et lui sont imputables.

Il a donc lieu d'infliger des amendes administratives à Madame A.

IV.2.2.

La période infractionnelle s'étend du 31 juillet 2010 au 30 septembre 2012.

Dans la décision dont appel, la Chambre de 1^{ère} instance a rappelé les trois régimes de sanctions qui se sont succédé dans le temps au cours de cette période infractionnelle (pages 15 et 16) ainsi que les règles applicables lorsque plus de deux législations se succèdent entre le moment où l'infraction est commise et celui où elle est jugée (pages 16 et 17).

La Chambre de 1^{ère} instance a indiqué qu'il y avait lieu d'appliquer la loi la plus douce même s'il s'agit de la loi intermédiaire. Elle a, cependant, appliqué deux régimes de sanctions, puisqu'elle a condamné Madame A. à deux sanctions cumulatives, pour chacun des griefs, suivant la période considérée.

A raison la partie appelante critique la décision dont appel à ce sujet.

Les infractions déclarées établies dans le chef de Madame A. constituent la manifestation successive et continue de la même intention délictueuse à ne sanctionner que par l'application d'une seule peine, la plus forte, soit la peine prévue pour le grief n°1, à savoir une amende administrative comprise entre 50% et 200% du montant de la valeur des prestations attestées non effectuées (article 73 bis, 1^o et article 142, § 1^{er}, 1^o, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994).

IV.2.3.

Dans l'appréciation de la sanction à prononcer, la Chambre de recours a égard aux éléments suivants :

- l'importance des prestations indûment portées en compte à l'assurance obligatoire soins de santé,

...

- l'absence de remise en question dans le chef de Madame A.,
- mais aussi :
- l'absence d'antécédent,
 - le fait que Madame A. a mis fin à son activité d'infirmière indépendante.

En fonction de ces éléments, la Chambre de recours estime adéquate une amende administrative s'élevant à 100% du montant du remboursement relatif au grief n° 1 (prestations attestées non effectuées), soit la somme de 20.331,99 €, assortie d'un sursis durant deux ans pour le tout.

PAR CES MOTIFS,

LA CHAMBRE DE RECOURS,

Statuant après avoir entendu les deux parties,

Déclare l'appel de Madame A. partiellement fondé.

Confirme la décision dont appel en ce qu'elle déclare établis les griefs n° 1, 3, 4 et 5 formulés à l'encontre de Madame A.

Confirme la condamnation de Madame A. à rembourser la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé, soit la somme de 43.707,30 €, majorée des intérêts au taux légal en matière sociale.

Réformant la décision dont appel quant à la peine, condamne Madame A. au paiement d'une amende administrative s'élevant à 100 % du montant de la valeur des prestations non effectuées concernées par le grief n° 1, soit la somme de 20.331,99 €.

Dit qu'il sera sursis au paiement de cette amende pendant un délai d'épreuve de deux ans.

Ainsi jugée par la Chambre de recours composée de Madame Loretta CAPPELLINI, présidente, des docteurs Marie-Anne RAIMONDI et Sophie CARLIER et Madame ORBAN Jacqueline et Monsieur DECUYPER Claude, membres, assistés de Madame Caroline METENS, greffier ;

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

Les Docteurs RAIMONDI et CARLIER, Madame ORBAN et Monsieur DECUYPER ayant rendu leur avis sans prendre part à la décision.

La présente décision est prononcée à l'audience publique du 9 novembre 2017 par Madame Loretta CAPPELLINI, présidente, assistée de Madame Caroline METENS, greffier.

METENS Caroline
Greffier

CAPPELLINI Loretta
Présidente