

DECISION DE LA CHAMBRE DE RECOURS DU 17 JANVIER 2013

Numéro de rôle : FB-008-11

EN CAUSE DE : **Madame A.**, accoucheuse praticien de l'art infirmier - Infirmière brevetée et la **SPRL B.**

Appelantes,

Ayant pour conseil Maître C., avocat et représentées à l'audience par Maître D., avocate loco Maître C. ;

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 E. médecin-inspecteur, et par F. ,juriste.

Intimé,

I. Faits et rétroactes

1.

Mme A. a obtenu son diplôme d'infirmière au Congo en 1980 et son diplôme d'infirmière brevetée en 1991.

Pendant la période litigieuse, elle exerce son activité en qualité de travailleuse indépendante, étant gérante d'une SPRL B., constituée en 2001, dont l'objet social est notamment la dispense de soins infirmiers.

Elle a fait l'objet d'une enquête à partir de 2006 pour irrégularités commises dans la délivrance des attestations de soins; cette enquête a porté sur la période du 24 février 2004 au 30 avril 2006.

Il était reproché à l'intéressée d'avoir délivré des attestations pour des prestations non effectuées et des prestations non conformes à la nomenclature des soins de santé.

Au cours de son enquête, le Service a procédé notamment à l'audition de trois assurés, de la gérante d'une maison pour handicapés (« ... ») et d'une aide-soignante, la dame G.

A l'issue de l'enquête le Service a libellé deux griefs à charge de Mme A. et de la SPRL B. :

1/ avoir porté en compte à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités des prestations non effectuées (art. 141 § 5, 4^{ème} al., a) de la loi du 14 juillet 1994 tel qu'en en vigueur au moment des faits) ;

2/ avoir porté en compte à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités des prestations non conformes car effectuées par un tiers non habilité (art. 141 § 5, 4^{ème} al., b) de la loi du 14 juillet 1994 tel qu'en en vigueur au moment des faits) ;

3/ avoir porté en compte à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités des prestations non conformes (art. 141 § 5, 4^{ème} al., b) de la loi du 14 juillet 1994 tel qu'en en vigueur au moment des faits).

La somme indûment perçue pour ces faits fut établie à 64 760,53 euros.

2.

Par requête introduite le 11 mai 2010, le Service a demandé à la chambre de 1^{ère} instance de :

- déclarer les griefs établis ;
- condamner solidairement Mme A. et la SPRL B. au remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé, soit la somme de 64 760,53 euros.

Par décision du 16 juin 2011, la chambre de 1^{ère} instance a :

- déclaré établis les trois griefs libellés par le Service,
- condamné solidairement Mme A. et la SPRL B. au remboursement de la valeur des prestations indûment versées, soit la somme de 64 760, 53 euros,
- autorisé Mme A. et la SPRL B. à se libérer par des paiements mensuels consécutifs de 2700 euros, le premier devant intervenir au plus tard le 31 juillet 2011, l'intégralité du solde étant immédiatement exigible à défaut d'un seul paiement.

Cette décision a été envoyée aux parties le 17 juin 2011.

II. L'appel

Par requête reçue le 15 juillet 2011, Mme A. et la SPRL B. ont interjeté appel contre la décision de la chambre de 1^{ère} instance.

Les appelantes développent les moyens suivants :

- en ce qui concerne le premier grief, Mme A. a rencontré des difficultés à manipuler le programme informatique via lequel les prestations sont encodées ; elle précise qu'elle a même négligé d'encoder des prestations qui, elles, avaient été réalisées par elle ; elle conteste le montant indu pour ce grief et considère devoir bénéficier du doute ;
- en ce qui concerne le deuxième grief, elles font valoir que Mme G. justifiait avoir obtenu un graduat en sciences infirmières au Congo et que les dispositions réglementaires n'exigent pas un diplôme belge ou l'équivalence d'un diplôme étranger, exprimant uniquement une exigence de « qualification » ; à titre subsidiaire, elles contestent le montant de l'indu, considérant que le Service ne démontre ni la réalité ni l'ampleur de celui-ci ;
- en ce qui concerne le troisième grief, elle invoque son ignorance sur l'interdiction de facturer au forfait C certaines prestations intervenues une seule fois dans la journée au lieu de deux ; elles relèvent que le Service ne démontre pas la réalité de l'indu ;
- elles sollicitent des termes et délais plus larges que ceux qui ont été fixés par la chambre de 1^{ère} instance.

III. Recevabilité

L'appel a été introduit dans les formes et délais requis.

Il est donc recevable.

IV. Fondement

Sur les griefs

1.

Le premier grief est fondé sur la déclaration de la mère d'une assurée.

Cette personne est elle-même infirmière dans un centre pour enfants handicapés; à la suite d'une opération chirurgicale subie par sa fille – lourdement handicapée et entièrement dépendante -, elle a dû faire appel à une infirmière pour des soins quotidiens. Mme A. est venue durant six semaines tous les matins, week-ends compris ; après cette période, les visites de Mme A. ont été maintenues, via le système du tiers payant.

La déclarante indique : « Madame A. n'est jamais venue le dimanche après les six premières semaines de plâtre et irrégulièrement le samedi, à ma demande. ».

Or, il est contesté qu'un certain nombre de prestations ont été portées en compte de l'AMI pour des dimanche et lundis fériés pendant la période visée dans la déclaration ci-dessus.

Dans sa déclaration aux enquêteurs du 21 mai 2007, Mme A. signale qu'elle ne savait pas qu'elle devait changer le forfait dans le cas où elle n'effectuait aucun passage chez la patiente.

Outre le fait qu'il apparaît assez inquiétant qu'un dispensateur de soins estime pouvoir porter en compte des prestations qui n'ont pas été effectuées, cette déclaration confirme la réalité du grief.

Mme A. invoque également la difficulté de manipulation du programme informatique. Cet argument ne peut à l'évidence être retenu.

En ce qui concerne l'indu lié à ce grief, il faut relever que seules les prestations qui concernent l'assurée dont question ci-dessus ont été prises en considération; cet indu est correct.

2.

En ce qui concerne le deuxième grief, il faut relever que :

- l'article 8 § 1^{er} de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités détermine les prestations qui requièrent la qualification d'infirmière graduée ou assimilée, d'accoucheuse, d'infirmière brevetée, d'hospitalière/ assistante en soins hospitalier ou assimilée ;
- l'article 21quinquies de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé énonce que l'on entend par exercice de l'art infirmier, notamment le fait d'assurer une assistance continue, accomplir des actes ou aider à leur accomplissement en vue du maintien, de l'amélioration et du rétablissement de la santé de personnes et de groupes qu'ils soient sains ou malades ;
- l'article 21quater du même arrêté royal spécifie que nul ne peut exercer l'art infirmier s'il n'est agréé en tant que porteur soit du titre professionnel de praticien infirmier soit du titre professionnel de praticien infirmier gradué; la disposition précise que l'agrément est accordé suivant la procédure déterminée par le Roi ;
- l'article 21septies § 2 du même arrêté royal stipule que celui qui réunit les conditions de qualification requises par la législation d'un pays étranger ne peut porter qu'un des titres professionnels visés à l'article 21quater et ce, moyennant

l'autorisation donnée par le ministre qui a la Santé publique dans ses attributions et qui est chargé de l'exécution des arrêtés établissant les conditions de qualification requises, ou par un fonctionnaire délégué par lui.

Il est dès lors clair que l'infirmière titulaire d'un diplôme acquis à l'étranger doit obtenir l'autorisation du ministre qui a la Santé publique dans ses attributions avant de pouvoir poser des actes relevant de l'art infirmier sur le territoire belge.

Ce n'était pas le cas à l'évidence pour Mme G. qui a posé des actes infirmiers attestés par les appelantes alors qu'elle n'y était pas habilitée et qu'elle-même se déclare aide-soignante.

Mme A. était parfaitement informée de la situation puisque elle déclare d'une part qu'elle pensait que Mme G. avait effectué les demandes nécessaires pour pouvoir exercer comme infirmière et d'autre part qu'elle-même, à son arrivée en Belgique avec un diplôme d'infirmière délivré au Congo, a repris des études en vue d'obtenir l'équivalence de ce diplôme.

Le grief est établi.

L'indu relatif à ce grief est constitué des prestations accomplies par Mme G. et attestées par les appelantes au titre d'actes infirmiers au cours de la période considérée du 1^{er} février 2005 au 30 avril 2006 ; il concerne les prestations dispensées à onze patients de la résidence La Forêt. Le calcul de cet indu est correct.

3.

En ce qui concerne le troisième grief, il repose sur la même déclaration de la personne visée ci-dessus dans l'examen du premier grief.

Cette personne a en effet déclaré, en outre, qu'elle a constaté que Mme A. et ses remplaçantes attestaient des prestations au forfait C en sorte que l'infirmière était censée venir deux fois par jour, ce qui n'était pas le cas.

L'ignorance, étonnante en soi, comme déjà relevé ci-dessus, que l'on ne peut facturer des prestations au forfait C lorsque l'on ne pose un acte infirmier qu'une fois par jour pour un même patient n'est évidemment pas élisive de la faute.

Le calcul de l'indu est correct ; il reprend les prestations attestées au forfait C pour la période considérée du 24 février 2004 au 11 mars 2005, pour la seule assurée concernée, soit celle dont la maman a effectué la déclaration invoquée ci-dessus.

Sur l'indu

Il résulte de ce qui précède que le montant indûment perçu calculé par le Service est correct et que la décision entreprise doit être confirmée sur ce point.

Sur les termes et délais

Les appelantes ne produisent aucune pièce, comptable notamment, de nature à étayer les allégations suivant lesquelles il leur est impossible de rembourser l'indu à concurrence de 2700 euros par mois ; elles ne formulent aucune autre proposition de termes et délais.

La chambre de recours observe que le premier procès-verbal de constat, qui portait à l'époque sur un indu de 16581,43 euros, est daté du 8 février 2006, tandis que le second procès-verbal de constat portant sur un indu de 53 672,27 euros est daté du 28 mars 2007 ; lors de son audition du 21 mai 2007, la dame A. a marqué son accord sur un remboursement de l'indu à concurrence de 2600 euros par mois ; elle n'a rien remboursé à ce jour.

Elle a donc déjà bénéficié d'un important délai pour rembourser une somme due en vertu de griefs qu'elle avait à l'époque reconnus.

La décision entreprise doit être confirmée en ce qu'elle fixe à 2700 euros par mois les termes et délais qui sont accordés aux appelantes pour rembourser la somme indûment perçue.

PAR CES MOTIFS,

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

Composée de Monsieur Frédéric KURZ, président, et de Mesdames Sophie CARLIER, Jacqueline ORBAN et Messieurs Maurice ANCKAERT et Edgard PETERS, membres, assistés de Madame Isabelle WARNOTTE, greffier,

Après en avoir délibéré et statuant contradictoirement, Mesdames Sophie CARLIER et Jacqueline ORBAN et Messieurs Maurice ANCKAERT et Edgard PETERS ayant rendu leur avis sans prendre part à la décision,

Dit l'appel recevable et non fondé,

En déboute les appelantes,

Confirme la décision entreprise.

Ainsi prononcé en langue française et en audience publique de la Chambre de recours le 17 janvier 2013, à Bruxelles par Monsieur Frédéric KURZ, président, assisté de Madame Isabelle WARNOTTE, greffier.

Isabelle WARNOTTE

Frédéric KURZ

Greffier

Président