

DECISION DE LA CHAMBRE DE RECOURS DU 11 AVRIL 2019  
FB-002-18

EN CAUSE DE : Madame A.  
Infirmière

Première partie appelante comparaisant en personne et assistée de son conseil, Maître B., avocat.

ET DE : La société en commandite simple « C. »  
Seconde partie appelante comparaisant par son conseil, Maître B., avocat.

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 Tervuren 211,

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

## **I. FAITS ET ANTECEDENTS DE PROCEDURE**

I.1.

Madame A. est infirmière brevetée depuis 2012. Elle a commencé son activité comme indépendante en 2013. En 2014, elle a constitué la société en commandite simple « C. ».

Le SECM a mené une enquête relative à l’activité professionnelle de Madame A. pour la période de prestations du 1<sup>er</sup> novembre 2013 au 31 août 2014 (date d’introduction auprès des organismes assureurs à partir du 31 décembre 2013).

Lors de son audition par l’infirmier-contrôleur, le 8 septembre 2015, Madame A. a déclaré travailler à temps plein dans les soins à domicile. Elle a précisé qu’avant 2015, elle travaillait tous les jours y compris le week-end, de 6 heures du matin à 20 heures avec une petite pause pour manger quelque chose. Elle faisait parfois jusqu’à 30 patients par jour. Elle se faisait remplacer par Madame E. et Madame F. Depuis 2015, elle travaille ensemble avec Madame F. Avant 2015, la facturation était effectuée par le bureau .... Depuis 2015, elle fait la facturation elle-même. Il y a eu une période où les scores Katz étaient passés par téléphone au bureau de facturations. Quand elle a remarqué des erreurs, elle a commencé à scanner les scores. Elle garde les dossiers des patients sur papier et sur l’ordinateur. Elle reconnaît ne pas connaître vraiment les directives.

Dans le cadre de l’enquête, 7 assurés et 2 témoins ont été entendus.

Un procès-verbal de constat d’infractions a été dressé (en néerlandais) en date du 19 octobre 2015 à charge de Madame A. et de la SCS « C. ». Ce PVC

(accompagné d'une traduction en français) a été notifié aux intéressées par pli recommandé le 27 octobre 2015.

Par lettres recommandées du 22 juin 2016, le SECM a communiqué la note de synthèse et a demandé respectivement à Madame A. et à la société « C » de faire parvenir leurs moyens de défense.

Le SECM a reçu communication des moyens de défense des intéressées le 25 août 2016.

I.2.

Dans la note de synthèse, trois griefs ont été retenus à charge de Madame A. et de la société « C. », à savoir :

- **Grief 1 : prestations non effectuées (concerne 2 assurés et 600 prestations pour un montant total de 7.339,88 €)**  
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.  
(infraction visée à l'article 73 bis 1° de la loi ASSI coordonnée le 14 juillet 1994) ;
- **Grief 2 : prestations non conformes (surscorage de l'échelle de Katz, concerne 7 assurés et 635 prestations pour un montant total de 11.386,26 €)**  
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'article 73 bis 2° de la loi ASSI coordonnée le 14 juillet 1994) ;
- **Grief 3 (prestations non conformes (les dossiers infirmiers ne mentionnent pas le contenu minimal, concerne 7 assurés et 1.786 prestations pour un montant total de 12.881,89 €)**  
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'article 73 bis 2° de la loi ASSI coordonnée le 14 juillet 1994).

Le 17 novembre 2016, le Fonctionnaire-dirigeant du SECM a pris la décision suivante :

- *Déclare les trois griefs établis ;*

- *Condamne solidairement Madame A. et la société « C. » à rembourser la valeur des prestations indues s'élevant à 31.608,08 € ;*
- *Constate que Madame A. et la SCS "C." ont remboursé une partie de l'indu et que l'indu résiduel s'élève à 18.726,19 € ;*
- *Condamne Madame A. à payer une amende de 150% du montant des prestations non effectuées indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé (L.C. 14/07/1994, art. 142, § 1, 1<sup>o</sup>), soit la somme de 11.009,82 €, dont 100% en amende effective (soit 7.339,88 €) et 50% en amende assortie d'un sursis de 3 ans (soit 3.669,94 €) ;*
- *Condamne Madame A. à payer une amende de 100% du montant des prestations non conformes indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé (L.C. 14.07.1994, art. 142, § 1, 2<sup>o</sup>), soit 24.268,15 € dont 50% en amende effective (soit 12.134,07 €) et 50% en amende assortie d'un sursis d'une durée de 3 ans (soit 12.134,07 €) ;*

*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.*

### I.3.

Par requête introductive d'instance reçue au greffe le 23 décembre 2016, Madame A. et la société « C. » ont saisi la Chambre de première instance d'un recours contre la décision du Fonctionnaire-dirigeant du 17 novembre 2016.

Par décision prononcée le 7 décembre 2017, la Chambre de première instance, statuant après un débat contradictoire, a intégralement confirmé la décision attaquée.

La décision de la Chambre de première instance a été notifiée aux parties par le greffe le 14 décembre 2017.

### I.4.

Par requête datée du 15 janvier 2018, reçue au greffe le 17 janvier 2018, Madame A. et la SCS « C. » ont interjeté appel de la décision de la Chambre de première instance du 7 décembre 2017.

L'appel est recevable, ayant été formé dans les formes et délai requis.

Le 17 avril 2018, l'INAMI (SECM), partie intimée, a déposé au greffe ses « conclusions en réponse » accompagnées d'une annexe.

Le 18 septembre 2018, les parties appelantes ont déposé au greffe leurs « conclusions en réponse ».

Lors de l'audience du 24 janvier 2019, les parties ont été entendues et la cause a été mise en délibéré.

## **II. DEMANDES DES PARTIES EN APPEL**

### **II.1. Demandes des parties appelantes**

Par leur requête et leurs conclusions d'appel, Madame A. et la SCS « C. » demandent à la Chambre de recours de :

- *déclarer l'appel recevable et fondé ;*
- *A titre principal : réformer la décision de la Chambre de première instance ;*
- *A titre subsidiaire : ne pas infliger d'amende administrative.*

### **II.2. Demandes de la partie intimée**

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

- *Confirmer la décision de la Chambre de première instance en date du 07/12/2017 et notifiée aux parties le 14/12/2017.*
- *Dire qu'à défaut de paiement des sommes dues par Madame A. et la Société en commandite simple « C. » dans les 30 jours de la notification de la décision de la Chambre de 1<sup>e</sup> instance, des intérêts au taux légal en matière sociale, tel que prévu à l'article 156, § 1<sup>er</sup> de la loi ASSI, seront dus, de plein droit, à compter de l'expiration du délai précité.*

## **III. EXAMEN DES MOYENS D'IRRECEVABILITE SOULEVES PAR LES PARTIES APPELANTES**

Dans leurs conclusions d'appel, les parties appelantes soulèvent deux moyens tirés du non respect des conditions d'interrogatoire et sollicitent l'écartement des auditions faites, selon elles, en violation de leurs droits de défense.

Avec la partie intimée, la Chambre de recours relève qu'il s'agit de moyens nouveaux par rapport à ceux élevés devant la Chambre de première instance et écartés par celle-ci.

### **III.1.**

Les appelantes invoquent, tout d'abord, l'irrégularité de l'audition du 8 septembre 2015 en ce que Madame A. a été auditionnée sans avoir été préalablement avertie qu'elle ne pouvait être contrainte de s'accuser elle-même ; or, selon elle, la décision du Fonctionnaire-dirigeant se base à plusieurs reprises

sur les déclarations qu'elle a faites et plus particulièrement sur celle-ci : « ... *Je ne connais pas vraiment les directives. Vous me donnez une copie ...* ».

Les appelantes en concluent qu'elles n'ont pas eu droit à un procès équitable.

A supposer qu'un des éléments contenus dans les déclarations de Madame A. doive être considéré comme incriminant, encore faudrait-il, pour que le procès ne puisse plus être considéré comme équitable, que la culpabilité de l'intéressée repose exclusivement sur lesdits éléments.

La Chambre de recours examinera ce point en fait dans la partie consacrée à l'examen des griefs et n'aura pas égard aux déclarations faites par Madame A. hors l'assistance de son conseil qui pourraient lui nuire.

### III.2.

Les parties appelantes soutiennent, par ailleurs, que l'article 62 du Code pénal social n'a pas été respecté dès lors que les communications requises ont été faites en néerlandais alors que les appelantes sont francophones.

L'article 139 de la loi ASSI coordonnée le 14 juillet 1994 dispose qu'il est institué au sein de l'INAMI un Service d'évaluation et de contrôle médicaux composé d'un service central, de dix services régionaux correspondant aux circonscriptions provinciales dont ils portent le nom (Anvers, Limbourg, Namur, Luxembourg, Liège, Flandre orientale, Flandre occidentale, Hainaut, Brabant flamand et Brabant wallon) et d'un service (bilingue) pour la Région de Bruxelles Capitale.

Conformément à l'article 33, § 1<sup>er</sup>, de la loi du 18 juillet 1966 sur l'emploi des langues en matière administrative, le service régional utilise la langue de la région dans ses rapports avec les particuliers et il rédige les actes dans la langue de la région.

Madame A. étant domiciliée à ... et la SCS « C. » ayant son siège social également à ..., l'audition a été effectuée par le service régional ....

Suivant la règle précitée, l'audition aurait dû être effectuée et actée en néerlandais. Toutefois, en ce qui concerne les auditions effectuées par les inspecteurs sociaux, l'article 62 du Code pénal social précise notamment que si la personne interrogée souhaite s'exprimer dans une autre langue que celle de la procédure, soit il est fait appel à un interprète assermenté, soit ses déclarations sont notées dans sa langue, soit il lui est demandé de noter elle-même sa déclaration.

Il ressort du PV d'audition du 8 septembre 2015 que Madame A. a fait choix de la langue française et que ses déclarations ont été notées en français. Il appert également qu'une copie du PV d'audition a été remis aux appelantes avec une traduction en français.

Ceci n'est pas contesté par les parties appelantes qui considèrent, néanmoins, que l'article 62 du Code pénal social n'a pas été respecté au motif que les communications que cette disposition légale impose de faire, au début de

l'audition, à la personne qui est entendue, l'ont été en néerlandais alors que les appelantes sont francophones.

La Chambre de recours constate que les appelantes ne précisent pas le préjudice concret qu'elles auraient subi en suite du défaut de communication en langue française des règles visées à l'article 62 du Code pénal social, dûment reproduites au PV d'audition. Elles ne démontrent pas et ne déclarent pas ne pas comprendre la langue néerlandaise, se contentant de se dire francophones. Quand bien même elles ne comprendraient pas le néerlandais, la communication des règles en langue néerlandaise n'apparaît pas comme ayant porté atteinte à leurs droits de la défense. L'INAMI (SECM) soutient, sans contestation de la part des parties appelantes, que, pour permettre à Madame A. de comprendre les questions, l'infirmier-contrôleur lui a remis à un modèle de PV d'audition en langue française.

Il n'y a pas d'indication ou d'allégation que Madame A. a été privée, lors de son audition, des garanties telles que prévues par les articles 62 et 63 du Code pénal social.

En conséquence, la valeur probante de l'audition n'apparaît pas entachée de nullité.

#### **IV. EXAMEN DU MOYEN TIRE DE LA VIOLATION DU PRINCIPE DE PREVOYANCE PAR L'INAMI**

Les parties appelantes invoquent, sans en préciser le fondement juridique, un principe de prévoyance en vertu duquel il incombe aux inspecteurs sociaux d'effectuer l'enquête avec soin, de manière impartiale et en respectant les règles de procédure.

Selon elles, ce principe n'a pas été respecté en l'espèce, de sorte que la décision du Fonctionnaire-dirigeant doit être réformée.

Elles estiment que l'enquête a été réalisée à charge, qu'elle présente un caractère partial et qu'elle n'a pas été effectuée de manière approfondie. Elles allèguent que seuls deux médecins traitants ont été consultés sur l'état de dépendance de leur patient (le Dr G. pour Madame H. et le Dr I. pour Madame J.), alors que sept patients étaient concernés. Le Dr K. (pour la patiente Madame L.) a juste envoyé par courriel l'échelle de Katz mais n'a pas été auditionné. Le Dr I. a reçu le tableau à compléter en français alors qu'il est néerlandophone. Par ailleurs, chez quatre patients, il n'y a pas de scores motivés qui ont été retenus par le médecin-traitant. Les appelantes relèvent également que les déclarations des patients doivent être prises avec circonspection dès lors que les questions sur lesquelles ils ont été interrogés sont très sensibles et que les patients ont tendance à ne pas dire la vérité, soit par gêne, soit par crainte d'être envoyés en maison de repos. Enfin, les appelantes relèvent que les inspecteurs sociaux ont évalué l'état de dépendance des patients en remontant deux ans en arrière et sans interroger le médecin-traitant pendant la période incriminée. Elles estiment,

en conséquence, que le SECM n'a pas pu évaluer avec objectivité l'état de dépendance des assurés.

Aucun des reproches formulés par les parties appelantes à l'encontre de l'enquête effectuée par l'infirmier-contrôleur n'apparaît établi.

Il ne ressort pas des PV d'audition et de constat que l'enquête aurait été menée de manière déloyale et exclusivement à charge des parties appelantes. Le dossier révèle, au contraire, que certains points n'ont pas été retenus à charge.

L'infirmier-contrôleur du SECM a agi conformément aux pouvoirs que lui confère l'article 139, 3°, de la loi ASSI coordonnée le 14 juillet 1994 et en suivant les règles fixées notamment par la nomenclature des prestations de soins. Les inspecteurs sociaux n'ont aucune obligation d'en référer au médecin traitant de l'assuré et, par ailleurs, il n'y a aucune obligation pour le médecin traitant consulté de motiver son évaluation.

L'infirmier-contrôleur a correctement accompli sa mission en effectuant ses propres constatations, en interrogeant les médecins traitants (des assurés J., L. et H.), en se référant aux contrôles opérés par les organismes assureurs (des assurés J., M., N. et O.) et en interrogeant les assurés eux-mêmes ou leurs proches.

Sur la base de cette enquête, le Fonctionnaire-dirigeant a pu estimer, sans commettre d'erreur manifeste d'appréciation, que les faits retenus étaient constitutifs d'infractions aux dispositions de la loi ASSI coordonnée le 14 juillet 1994 reproduites dans la décision du 7 novembre 2016.

Il n'existe, dès lors, aucune raison d'annuler cette décision. L'examen des griefs permettra d'apprécier s'il y a lieu de la réformer.

## **V. EXAMEN DES GRIEFS**

### **V.1. Grief n° 1 : prestations attestées non effectuées (art. 73 bis, 1°, loi ASSI)**

Les dispositions légales applicables en la matière ont été reproduites dans le PV de constat du 19 octobre 2015, dans la note de synthèse, dans la décision du Fonctionnaire-dirigeant du 7 novembre 2016 et dans la décision de la Chambre de première instance, dont appel. La Chambre de recours entend s'y référer expressément.

L'enquête effectuée par le SECM a mis en lumière que des soins avaient été attestés les samedis et dimanches pour deux patients (Monsieur M. et Madame J.), alors qu'ils n'ont pas été effectués le week-end pendant la période du 1<sup>er</sup> novembre 2013 au 31 août 2014.

La Chambre de 1<sup>ère</sup> instance (page 7 de la décision dont appel) a jugé le grief établi en se basant sur les déclarations des deux patients concernés et de leur famille.

La Chambre de 1<sup>ère</sup> instance a également relevé que la thèse de Madame A., selon laquelle elle aurait arrêté les soins le dimanche à partir de mai 2014, n'était étayée par aucune pièce, ni déclaration des patients et, qui plus est, en contradiction avec un PV d'audition du 30 mai 2015, duquel il ressort qu'elle avait arrêté les soins du week-end en mars 2015.

Les parties appelantes maintiennent en degré d'appel – sans développer davantage leur argumentation – que les prestations litigieuses, attestées par Madame A., ont bel et bien été effectuées. L'erreur de date proviendrait du précédent conseil de Madame A. Cette explication ne convainc cependant pas, dès lors que la prétendue erreur de date n'est pas démontrée.

En revanche, l'assurée Madame J. a déclaré le 30 juin 2015 à l'inspecteur social : « *Pour l'instant A. vient tous les jours de la semaine. Parfois elle vient le samedi. Le dimanche elle ne vient jamais* ».

En ce qui concerne Monsieur M., son fils X. a déclaré le 29 juin 2015 à l'infirmier-contrôleur : « *Les infirmières viennent depuis + ou – 2 ans. C'est A. qui vient le laver, quand elle ne vient pas c'est Y. qui la remplace. Le week-end elle n'est jamais venue* ».

Eu égard aux éléments concordants repris ci-dessus, la Chambre de recours considère que le grief n°1 demeure établi dans le chef des parties appelantes.

#### V.2. Grief n° 2 : prestations non conformes (art. 73 bis 2° loi ASSI et art. 8 § 1 nomenclature des prestations de soins)

Les dispositions légales applicables en la matière ont été reproduites dans le PV de constat du 19 octobre 2015, dans la note de synthèse, dans la décision du Fonctionnaire-dirigeant du 7 novembre 2016 et dans la décision de la Chambre de première instance, dont appel. La Chambre de recours entend s'y référer expressément.

Le grief n° 2 concerne des prestations non conformes car le degré de dépendance a été surévalué. Il est reproché à Madame A. et à la SCS « C. » d'avoir porté en compte de l'assurance soins de santé des prestations pour lesquelles la cotation de l'échelle d'évaluation (échelle de Katz) a été surévaluée :

- pour 5 assurés, un forfait B a été attesté là où le degré de dépendance ne permet que d'attester un forfait A.
- pour 1 assuré, un forfait B a été attesté là où le degré de dépendance ne permet que d'attester 7 toilettes par semaine.
- pour 1 assuré, un forfait A a été attesté là où le degré de dépendance ne permet que d'attester 2 toilettes par semaine.

A.- Les parties appelantes persistent à contester ces constats. Elles invoquent tout d'abord, de manière générale, ce qui suit :

- « *La détermination des échelles de Katz est une activité très personnelle*

*et il n'est donc pas improbable que les différents soignants aient une opinion différentes lorsqu'ils se prononcent à l'égard de la dépendance d'un patient particulier au même moment ;*

- *« Compte-tenu de l'état de santé de certains patients, et donc le changement dans leur besoin de soins, il est impossible d'établir une évaluation qui s'applique à tous les jours. Il est donc impératif d'utiliser une moyenne tous les six mois, à l'exception des écarts forts ».*

La Chambre de première instance a déjà rejeté ces arguments généraux sur la base d'une motivation (reprise en page 8 de la décision dont appel), qui doit être approuvée.

L'évaluation de l'état de dépendance physique d'un assuré est en premier lieu effectuée par l'infirmier qui le soigne. Il existe des directives qui permettent au dispensateur de soins d'évaluer le plus objectivement possible l'état de dépendance d'un bénéficiaire. Sur la base de ce que le dispensateur de soins a déclaré, les organismes assureurs interviennent en faveur du bénéficiaire.

Si ultérieurement un contrôle permet de constater une surévaluation de l'état de dépendance physique, l'organisme assureur et/ou l'INAMI procèdent à un déclassement. Les infirmiers-contrôleurs sont compétents pour apprécier le degré de dépendance physique des assurés. Cette évaluation fait partie de leur mission et ils sont formés pour l'accomplir. Ils ne procèdent le cas échéant à un déclassement qu'après enquête et examen au cas par cas.

En l'espèce, pour établir le degré de dépendance des 7 assurés concernés, l'infirmier-contrôleur a fait ses propres constatations auprès des personnes concernées et s'est référé à d'autres éléments : contrôles opérés par les organismes assureurs (dans 4 cas), audition de médecins traitants (dans 3 cas), audition de membres de la famille.

C'est, dès lors, sur base d'investigations précises qu'il a apprécié le degré de dépendance physique des patients. Du reste, il y a lieu de constater que le contrôleur social n'a pas déclassé tous les assurés auditionnés, puisque les patients Madame P., Monsieur Q. et Madame R. ne sont pas visés au PV de constat.

L'évolution éventuelle dans le temps de l'état de dépendance physique d'un assuré n'empêche pas une évaluation de cet état à un moment donné pour une période donnée. Le fait que le contrôle par le SECM intervienne postérieurement à la période d'évaluation n'a pas pour effet de rendre inopérants les constats faits par les inspecteurs sociaux, ceux-ci ne se basant pas uniquement sur leurs propres constatations mais sur plusieurs éléments qui doivent être concordants.

B.- Les parties appelantes soutiennent à nouveau qu'il est incorrect de prétendre qu'il n'y a pas de lien entre le critère « aller à la toilette » et « se laver et s'habiller ». Selon elles, il est évident que si un patient a besoin d'aide pour se laver et s'habiller au-dessus et en-dessous de la ceinture, il n'est pas correct de

prétendre que le patient sait baisser et relever son pantalon (s'habiller) et s'essuyer.

Par une motivation complète et adéquate développée en pages 8, 9 et 10 de la décision dont appel, et qui reproduit les directives pour l'utilisation de l'échelle d'évaluation à partir du 1<sup>er</sup> avril 2011, la Chambre de première instance a rappelé ce qu'il y avait lieu d'entendre notamment par le critère « aller à la toilette ».

S'agissant de ce critère, les directives précisent bien qu'il est une combinaison de 3 items, à savoir « se déplacer », « s'habiller » (baisser et relever le pantalon et éventuellement retirer et replacer du matériel d'incontinence) et « s'essuyer ». Le changement de score pour 1 seul item peut suffire à déclasser un forfait B en forfait A, sans qu'il soit nécessaire d'examiner les autres critères.

C.- Les chambres de première instance et de recours instituées auprès du SECM apprécient souverainement le bien fondé du grief de surévaluation de l'état de dépendance physique de chaque assuré concerné et les éléments fournis par le dispensateur de soins.

Concernant Madame J., Madame A. reconnaît le score de 1 contre le score de 3 attesté pour le critère « manger ».

Ce seul élément a pour conséquence que le forfait A devait être attesté au lieu du forfait B.

S'agissant de Madame L., la baisse du score pour le critère « aller à la toilette » de 4 à 2 fait est contestée par Madame A. qui relève dans ses conclusions d'appel que le score retenu par le SECM pour les critères « se laver et s'habiller » est respectivement un score de 4 et un score de 3, ce qui indique que la patiente n'est pas en mesure de s'aider elle-même et est totalement dépendante de tiers pour ses soins corporels. L'appelante invoque également le fait que Madame L. présente une atrophie thénarienne des deux mains. Elle ajoute qu'il résulte d'examen cliniques réalisés le 18 août 2015 et le 3 septembre 2015 que la patiente est incapable de marcher seule et est à présent en chaise roulante.

Il convient de rappeler que la période infractionnelle se situe entre le 1<sup>er</sup> novembre 2013 et le 31 août 2014.

Lorsqu'elle a été entendue par l'infirmier-contrôleur, le 29 juin 2015, Madame L. a signalé être en chaise roulante depuis + ou - 1 an mais a précisé qu'elle se déplaçait encore avec son rolateur pour aller à la salle de bains : « *Je vais encore à la toilette toute seule. Je n'ai pas besoin d'aide pour me rincer et me remettre mes habits. [...] Pour aller à la toilette j'utilise mon rolateur* ».

Il est possible que l'état de cette patiente se soit dégradé après le passage de l'infirmier-contrôleur mais il y a lieu de s'en tenir à la situation de la patiente durant la période litigieuse.

En ce qui concerne le critère « continence », il ressort du PV d'audition que cette patiente utilise des petites protections pour perte d'urine durant la journée et des culottes pendant la nuit. Elle déclare avoir des pertes d'urine à cause des efforts lors des déplacements. Pour obtenir le score 4 (comme évalué par Madame A.), la patiente devrait présenter une perte d'urine et de fèces de façon permanente, ce qui n'apparaît pas être le cas. En effet, le dossier infirmier ne rapporte rien à ce sujet.

Le fait qu'actuellement cette patiente bénéficie d'un forfait B ne signifie pas qu'elle devait bénéficier d'un tel forfait pendant la période ayant fait l'objet du contrôle.

Pour Monsieur M., le forfait B a été réduit à un forfait A suite à un contrôle de la mutuelle en date du 3 juin 2014.

Madame A. reconnaît dans ses conclusions d'appel avoir commis une erreur en ce qui concerne le critère de transfert et déplacement : elle a tarifé un score de 4 alors que cela devait être un score de 3.

Pour le critère, « aller à la toilette », Madame A. déclare rester sur sa position et donc maintient que le score est de 4 contrairement à l'appréciation de l'inspecteur qui avance un score de 3. Elle allègue que les déclarations des intervenants pendant l'enquête administrative sont contradictoires. Elle regrette que le patient n'ait pas été entendu et surtout que l'épouse n'ait pas été auditionnée. Seul a été entendu le fils qui n'habite pas sous le même toit.

Comme le souligne pertinemment l'INAMI (SECM) dans ses conclusions, il ressort du PV d'audition que le fils de Monsieur M. n'était pas seul présent lors de l'audition mais également ses parents et son frère. En outre, il a déclaré « *j'habite en haut* », élément qui n'est pas contesté par Madame A. D'autre part, la Chambre de recours relève que la personne auditionnée n'a pas été interrogée sur la manière dont l'infirmière a évalué l'état de dépendance physique de son père mais bien sur ce que ce dernier était encore capable de faire. Ainsi donc, en présence de ses parents et de son frère, le fils de Monsieur M. a déclaré : « *Il va encore tout seul à la toilette. Il n'a pas besoin d'aide pour se rincer et s'habiller. [...]. Mon père sait encore manger tout seul. Il sait encore couper la viande et faire ses tartines lui-même* ».

A raison, le SECM a déclassé le forfait B en forfait A.

Concernant Madame S., les parties appelantes admettent le score de 2 contre celui de 3 attesté pour le critère « manger ».

Pour le critère « continence », elles maintiennent leur position. Or, cette patiente a déclaré qu'elle ne mettait qu'une petite protection, ce qui justifie un score de 2 maximum et non de 3.

Il résulte de l'enquête que les problèmes d'incontinence de Madame H. sont uniquement accidentels, liés à des problèmes de transfert et de difficultés à se

déplacer. Le score de 2 maximum peut donc être attribué, ce que confirme le médecin traitant de cette patiente.

Madame A. signale dans ses conclusions avoir demandé copie des factures d'achat des protections contre l'incontinence. Elle ne produit toutefois pas ces éléments.

Madame A. critique l'évaluation du médecin traitant de Madame H. au motif qu'il déclare que sa patiente n'a pas besoin d'aide pour quitter son fauteuil ou son lit, alors que celle-ci aurait déclaré qu'elle était dans l'incapacité de se lever seule. Pourtant, il ressort du PV d'audition de Madame H. du 30 juin 2015 que celle-ci a déclaré : « *Je me déplace avec mon rolateur* ».

S'agissant de Madame O., Madame A. reconnaît son erreur pour les critères « continence » et « manger » : elle avait tarifé un score de 3 alors que cela devait être un score de 2.

Le forfait B a été réduit à 7 toilettes par semaine suite à un contrôle de l'organisme assureur en date du 3 juillet 2014.

En ce qui concerne les critères « déplacement » et « aller à la toilette », la Chambre de première instance a estimé que Madame A. n'avait manifestement pas tenu compte de l'évolution de l'état de cette patiente après sa revalidation suite à une opération de la hanche : si le score de 3 pouvait se justifier pendant la revalidation, il devait être réduit à 2 à l'issue de celle-ci. Ceci ressort des déclarations faites par Madame O. en présence de sa fille lors de son audition par l'infirmier-contrôleur. Le fait que cette patiente soit rentrée de son opération avec une escarre au siège ne l'empêchait pas de se déplacer dans sa maison.

Enfin, s'agissant de Madame T., il y a eu déclassement du forfait A et T2 à partir du 28 juin 2014 jusqu'au 31 août 2014.

Cette patiente a eu une prothèse du genou en mai 2014. Pendant une période limitée de revalidation, cette opération a justifié une aide de soins en-dessous de la ceinture. A partir du 28 juin 2014, seul un score de 2 se justifiait pour les items « se laver » et « s'habiller » et non un score de 3 comme attesté par Madame A. Même avec un score de 3 pour l'item « transfert et déplacement », un forfait A n'est pas atteint.

La présence d'une escarre au talon gauche, alléguée par les parties appelantes (attestée par une prescription en date du 13 août 2014, soit en fin de période des prestations reprochées) ne suffit pas à établir que les déplacements étaient impossibles.

Concernant « aller à la toilette », il a déjà été rappelé plus haut que ce critère est une combinaison de 3 items, à savoir « se déplacer », « s'habiller » et « s'essuyer ». Le score de 3 veut dire que le patient a besoin d'aide pour 2 des 3 items. Etant donné qu'il a été constaté que Madame T. avait besoin d'aide pour se déplacer et non pour se déshabiller et s'essuyer, le score à retenir est de 2 et non de 3.

D.- Il ressort de l'analyse des cas ci-dessus que la culpabilité de Madame A. dans la tarification de prestations non conformes (surclassées) ne repose pas uniquement sur la déclaration auto-incriminante faite par elle à l'infirmier-contrôleur lors de son audition du 8 septembre 2015 : « *Je ne connais pas vraiment les directives. Vous me donnez une copie* » mais sur un ensemble d'éléments qui ressortent de l'enquête.

### V.3. Grief n° 3 : prestations non conformes (art. 73 bis 2° loi ASSI et art. 8 § 3 nomenclature des prestations de soins)

En termes de conclusions d'appel, Madame A. et la société « C. » ne développent aucune argumentation à l'encontre de ce grief qui a été déclaré établi par le Fonctionnaire-dirigeant dans sa décision du 17 novembre 2016 et la CPI dans sa décision du 7 décembre 2017, dont appel.

Il apparaît clairement des investigations menées par l'infirmier-contrôleur que les dossiers infirmiers de 7 patients n'ont pas été correctement tenus par Madame A. durant la période infractionnelle.

Madame A. a, du reste, remboursé l'indu relatif à ce grief.

### V.4.

En conclusion, après examen par la Chambre de recours, les griefs n° 1, 2 et 3 demeurent établis.

A cet égard, l'appel apparaît non fondé.

## **VI. RECUPERATION ET SANCTION.**

### VI.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 <sup>8</sup>[du remboursement]<sup>8</sup> 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. et la SCS « C. » ont été condamnées solidairement par la Chambre de

première instance à rembourser à l'INAMI le montant de l'indu, soit la somme totale de 31.608,08 €, dont à déduire 12.881,89 € déjà payé, soit un solde de **18.726,14 €**.

La Chambre de recours confirme cette condamnation.

#### VI.2. Sanction.

A titre subsidiaire, Madame A. postule la suppression de l'amende administrative infligée par décision du Fonctionnaire-dirigeant du 17 novembre 2016 et confirmée par la décision de la Chambre de première instance du 7 décembre 2017, dont appel.

A l'appui de cette demande, elle invoque les éléments suivants :

- L'imposition d'une amende administrative a pour objectif de sanctionner or, en l'espèce, il n'y a pas matière à sanctionner Madame A. ;
- La sanction infligée est très lourde compte-tenu du jeune âge de Madame A. et de la période relativement récente à laquelle elle a débuté sa carrière ;
- Madame A. venait de sortir de l'école quand elle a commencé comme indépendante et n'avait aucune expérience en tant que dispensateur de soins ; elle a agi de bonne foi, sans intention de frauder ; la législation en la matière est complexe et soumise à de fréquents changements ;
- Madame A. n'a aucun antécédent ;
- Le Fonctionnaire-dirigeant s'est basé sur l'indu total pour déterminer les amendes administratives, alors qu'elle a remboursé 12.881,89 €, soit presque la moitié de la somme totale ;
- L'INAMI n'a pas respecté les droits de la défense de Madame A.

Conformément aux dispositions légales précitées, applicables au moment où la Chambre de 1<sup>ère</sup> instance a statué et au moment où la Chambre de recours examine le litige,

- 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 (article 142, § 1<sup>er</sup>, 1°, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994)
- 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 (article 142, § 1<sup>er</sup>, 2<sup>o</sup>, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994).

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 des éléments du dossier.

Il apparaît, en effet, que Madame A. a librement et consciemment violé la réglementation (nombreuses et graves irrégularités) et qu'elle ne peut faire valoir aucune cause de justification crédible. C'est, dès lors, en vain qu'elle invoque sa bonne foi ou l'absence d'intention de fraude.

S'agissant de l'assiette de l'amende, l'INAMI relève à raison que le Fonctionnaire-dirigeant du SECM a suivi le prescrit légal ; en effet, le texte dispose que l'assiette de calcul de l'amende est le « montant à rembourser », c'est-à-dire la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé.

Les autres éléments invoqués par Madame A. (jeune âge, inexpérience, complexité de la réglementation) ne sont pas de nature à atténuer la gravité des faits commis.

En infligeant des amendes de 150% de l'indu pour les prestations attestées non effectuées et de 100% pour les prestations non conformes, dont une partie en amende effective et une partie en amende assortie d'un sursis d'une durée de 3 ans, le Fonctionnaire-dirigeant du SECM a tenu compte de l'absence d'antécédents dans le chef de Madame A. Il a précisé que la sanction effective était destinée à rappeler à l'intéressée l'importance de la faute commise, et que celle avec sursis devait l'inciter à rectifier, pour l'avenir, sa pratique dans un sens conforme à la réglementation et aux exigences de l'art.

La Chambre de recours approuve le choix de la sanction et fait sienne la motivation reprise ci-dessus.

**PAR CES MOTIFS,**

**LA CHAMBRE DE RECOURS,**

Statuant après avoir entendu toutes les parties,

Reçoit l'appel de Madame A. et de la SCS « C. » et le déclare non fondé.

Confirme la décision de la Chambre de première instance du 7 décembre 2017 en toutes ses dispositions.

Ainsi jugé par la Chambre de recours composée de Madame Loretta CAPPELLINI, présidente, les Docteurs Marie-Anne RAIMONDI, Françoise PROFILI, Madame Jacqueline ORBAN, Monsieur Claude DECUYPER, membres.

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

Mesdames Marie-Anne RAIMONDI, Françoise PROFILI, Jacqueline ORBAN, Monsieur DECUYPER Claude ayant rendu leur avis sans prendre part à la décision.

La présente décision est prononcée à l'audience publique du 11 avril 2019 par Madame Loretta CAPPELLINI, présidente, assistée de Madame Caroline METENS, greffier.

Caroline METENS  
Greffier

Loretta CAPPELLINI  
Présidente