

**DECISION DU FONCTIONNAIRE DIRIGEANT DU SERVICE D'ÉVALUATION  
ET DE CONTRÔLE MÉDICAUX DE L'INAMI – 19 NOVEMBRE 2009**

**BRS/F/09/013**

**En cause:** Madame A.  
Infirmière brevetée  
-----

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

**I: GRIEFS**

L'enquête menée par le Service d'évaluation et de contrôle médicaux (ci-après, SECM) a abouti à la formulation de trois griefs énoncés à l'encontre de Madame A..

**Grief 1 : Avoir porté en compte à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités des prestations non effectuées.**

**Infractions relevant des dispositions de l'art. 141, § 5, 5ème alinéa, a) de la loi coordonnée le 14/07/1994.**

En l'espèce, il s'agit du cas d'une bénéficiaire au nom de laquelle, sur la foi des témoignages de cette dernière, de son médecin traitant et du médecin-conseil de son OA, Madame A. a porté en compte des prestations non effectuées.

**Grief 2 : Avoir porté en compte à l'assurance soins de santé et indemnités des prestations non conformes à la loi ou à ses arrêtés d'exécution en ce sens qu'il s'agit de prestations de soins qui requièrent la qualification de praticien de l'art infirmier, au sens de l'article 2 n) de la loi coordonnée le 14/07/1994, qui ont été effectuées par des personnes non habilitées et portées en compte en violation de l'article 8, § 11 de la nomenclature.**

**Infractions relevant des dispositions de l'art. 141, § 5, 5ème alinéa, b) de la loi coordonnée le 14/07/1994.**

Il s'agit en l'occurrence de 5 bénéficiaires au nom desquels des prestations de l'article 8, § 1er de la nomenclature qui requièrent la qualification de praticien de l'art infirmier ont été portées en compte par Madame A. alors qu'elles ont été effectuées par un membre de son personnel qui ne dispose pas de cette qualification.

**Grief 3 : Avoir porté en compte à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnité des prestations non conformes à la loi ou à ses arrêtés d'exécution en ce sens que les conditions prévues à l'article 8, § 5, 1° de la nomenclature des prestations de santé relatives au degré de dépendance physique requis pour pouvoir porter en compte les honoraires forfaitaires B visés à la rubrique II du § 1er, 1° et 2° de la nomenclature n'étaient pas remplies ce qui rendait ces derniers non attestables.**

**Ces faits relèvent des dispositions de l'article 141, § 5, 5ème alinéa, b) de la loi coordonnée le 14/07/1994.**

En l'espèce il s'agit de 2 cas de bénéficiaires au nom desquels des honoraires forfaitaires B ont été portés en compte par Mme A. alors que les déclarations d'une des bénéficiaires, de la famille de l'autre, des 2 médecins traitants et du médecin-conseil de l'OA de l'une des 2 ainsi que l'évaluation du degré de dépendance réalisée par le Service ont démontré une surévaluation de différents items prévus à l'article 8, § 5, 1° de la NPS, ayant entraîné de ce fait une facturation de forfaits B non attestables.

## **II : DECISION**

### **Quant aux dispositions légales applicables**

Les faits reprochés à Madame A. ont été commis avant l'entrée en vigueur des lois du 13 décembre 2006 portant dispositions diverses en matière de santé (M.B., 22 décembre 2006, éd. 2), du 21 décembre 2006 portant création de Chambres de première instance et de Chambres de recours auprès du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI ( M.B., 14 février 2007), du 27 décembre 2006 portant des dispositions diverses ((I) M.B., 28 décembre 2006, éd. 3) et du 27 décembre 2006 portant des dispositions diverses ((II), M.B., 28 décembre 2006, éd. 3).

Les dispositions légales précitées, qui réforment le Service d'évaluation et de contrôle médicaux (ci-après SECM), sont entrées en vigueur le 15 mai 2007.

Pour déterminer les dispositions légales applicables en l'espèce, il convient d'appliquer les prescriptions de l'article 112 (autonome) de la loi du 13 décembre 2006. Conformément à cette disposition, les faits en cause sont soumis, pour ce qui concerne la prescription, l'amende administrative et le remboursement, aux dispositions des articles 73 et 141 §§ 2,3,5,6 et 7, alinéa 1<sup>er</sup> à 5 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 tels qu'ils étaient en vigueur avant le 15 mai 2007.

### **Quant au fondement des griefs**

Madame A. dans ses moyens de défense a contesté le bien-fondé des constats opérés par le SECM et a, pour ce faire, fait valoir divers arguments. Il convient, au préalable, de constater que les arguments avancés ne concernent pas l'ensemble des cas cités à grief mais une partie de ceux-ci seulement.

Concernant le premier grief, Madame A. n'a pas développé d'arguments spécifiques dans ses moyens de défense consécutifs à l'envoi de la note de synthèse.

Le premier grief est formulé dans un cas d'assuré. Il s'agit de Madame B.. Le grief est fondé, entre autres, sur les déclarations fournies par cette personne. Madame A. a déclaré au cours de l'enquête (cf p. 7 et 8 de la note de synthèse) que la bénéficiaire est sa grand-mère et que les déclarations de cette dernière ne seraient pas fiables en raison du conflit existant avec elle. Madame A. allègue encore l'existence de contradictions dans les propos de la bénéficiaire.

Cependant, comme cela est signalé dans la note de synthèse, le premier grief ne se fonde pas uniquement sur ces déclarations et est corroboré par d'autres éléments.

*« Ces déclarations sont d'ailleurs confirmées par l'attitude du Dr C., médecin-conseil de l'OA 325 ; à deux reprises par le Dr D. son médecin traitant ; par l'arrêt des facturations en février 2005 (contemporain du contrôle réalisé par le médecin-conseil) ainsi que par l'absence totale de trace de soins dispensés à Mme B. dans le registre de janvier 2005, alors que Mme A. fait valoir une prescription de toilettes du 01/01/2005 au 31/12/2005 pour sa défense. »* (cf. page 9 de la note de synthèse)

Dans ces conditions et eu égard à ce qui précède, les simples dénégations de Madame A. ne sont pas de nature à remettre en cause les constats étayés du SECM. Le premier grief doit donc être déclaré fondé.

Concernant le deuxième grief, Madame A. considère que le fait d'avoir engagé Mme E. sous contrat d'emploi (Cf pièces 216 à 218) l'exonère de toute responsabilité.

Or, ce grief est formulé à l'encontre de Mme A. par le SECM non pas, pour avoir employé « en noir » Mme E. mais bien, pour avoir porté en compte, en violation de l'article 8, § 11 de la nomenclature des prestations de santé (NPS), des prestations effectuées seules par cette personne alors qu'elle n'était pas habilitée à les facturer au sens de la loi coordonnée [article 2, n)].

La seule dérogation à l'application de l'article 8, § 11 n'existe que depuis le 01/06/2007 (postérieurement à la période infractionnelle du présent dossier) pour les services de soins infirmiers à domicile qui ont souscrit avec l'Etat belge un projet pilote les autorisant à employer des aides soignantes pour effectuer certaines prestations.

Ce projet pilote a fait l'objet de la question réponse parlementaire n° 28 du 10/01/2008 posée par Monsieur le Représentant Gilkinet et figure au bulletin d'information de l'INAMI n° 2008/2, p. 259 et 260.

Les conditions exigées de ces services de soins infirmiers à domicile sont telles que Mme A. ne peut en aucun cas y satisfaire.

Le deuxième grief est donc fondé.

En ce qui concerne le troisième grief, deux cas d'assuré sont concernés.

En ce qui concerne Madame G., Madame A. conteste l'évaluation établie par l'infirmière contrôleur en date du 12/07/2007 (3ème grief, cas n° 1) parce que cette dernière n'a pas pu examiner la bénéficiaire au début de la période litigieuse (18/04/2004) mais bien à une époque où elle était devenue complètement grabataire.

Les termes qu'utilise Madame A. démontrent bien que l'état de Madame G. a évolué dans le temps et que si, à la date de l'examen par l'infirmière contrôleur, soit le 12/07/2007, la bénéficiaire était devenue « totalement grabataire » c'est donc bien qu'elle ne l'était pas entièrement auparavant.

Rappelons que le SECM ne conteste pas les forfaits B portés en compte par Madame A. à partir de mars 2005, à savoir : la période où elle a présenté un accident vasculaire cérébral qui l'a effectivement rendue beaucoup plus dépendante qu'elle ne l'était auparavant.

Il convient également d'insister sur le fait qu'en date du 14/09/2006 (Cf pièce 199) Madame A. a contesté l'évaluation faite par l'infirmière contrôleur (réponse au 1er PVC du 17/05/2006) et a souhaité avoir recours à l'avis du Docteur H. médecin traitant de Madame G., pour trancher la question.

L'audition du Docteur H. dans le cadre des devoirs complémentaires autorisés par la loi dite Franchimont, a été réalisée immédiatement en date du 26/09/2006 (Cf pièces 225 à 236) ; lors de cette audition, le médecin traitant de la bénéficiaire décrit très bien l'état de cette dernière durant la période du 08/04/2004 au 28/02/2005 située entre une fracture humérale gauche et un accident vasculaire cérébral.

Le Docteur H. a établi une échelle d'évaluation correspondant à cette période décrite dans la note de synthèse ; elle aboutit, selon les dispositions de l'article 8, § 1er et § 5, 1° à l'attribution d'un forfait A.

L'évaluation du médecin traitant est en concordance avec les déclarations faites en date du 12/07/2005 par Madame I., belle fille de la bénéficiaire (Cf pièces 303, 308 et 309).

En ce qui concerne Madame B. Madame A. conteste l'évaluation établie par l'infirmière contrôleur en date du 14/07/2007 (3ème grief, cas n° 2) au motif que son évaluation a été établie en fonction de soins prescrits par le médecin traitant de la bénéficiaire.

Il convient également d'insister sur le fait que, comme pour le cas de Madame G., Madame A. a, en date du 14/09/2006 (Cf pièce 199) (réponse au 1er PVC du 17/05/2006), souhaité avoir recours à l'avis du Docteur D. , médecin traitant de Madame B., pour trancher la contestation portant sur l'évaluation du degré de dépendance de cette dernière.

L'audition du Docteur D. a donc été interrogé immédiatement en date du 28/09/2006 (Cf pièces 239 à 246) à titre de devoir complémentaire exigé par Mme A. conformément à la loi dite Franchimont.

Il a établi à cette occasion une évaluation du degré de dépendance de Madame B. correspondant à son état de santé durant la période infractionnelle ; cette évaluation reprise dans la note de synthèse aboutit, selon les dispositions de l'article 8, § 6, 4° de la NPS à l'attribution d'un soin d'hygiène quotidien.

La situation évaluée par le Docteur D. correspond aux déclarations de la bénéficiaire en date du 14/07/2005 (Cf pièces 322 à 325 et 328 à 329) ; à l'époque, en date du 22/07/2005 le Docteur D. avait par ailleurs établi une attestation certifiant que durant la période infractionnelle, Madame B. ne nécessitait qu'une « aide infirmière » pour une altération de son état général qui était contemporaine d'un zona.

Eu égard à ce qui précède, le troisième grief doit être déclaré fondé.

#### **Quant au remboursement de l'indu**

Les trois griefs énoncés à l'encontre de Madame A. étant fondés, il y a lieu d'ordonner le remboursement de la valeur des prestations indûment portées en compte à l'assurance obligatoire, conformément à l'article 141 §5, dernier alinéa de la loi coordonnée, tel qu'il était en vigueur avant le 15 mai 2007.

Le montant de l'indu s'élève :

- pour le premier grief à 5.490,12 euro,
- pour le deuxième grief à 3.790,02 euro,
- pour le troisième grief à 4.265,67 euro.

Le montant total de l'indu à rembourser s'élève donc à 13.545,81 euro.

#### **Quant à la sanction administrative**

En application de l'article 141 §7 de la loi coordonnée, tel qu'en vigueur avant le 15 mai 2007, il n'est plus possible de prononcer une sanction administrative à l'encontre de Madame A.. Il n'y a donc pas lieu d'examiner cette question.

**PAR CES MOTIFS,**

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 et spécialement l'article 143 §1<sup>er</sup> tel qu'en vigueur après le 15 mai 2007, les articles 141, § 5, 4<sup>ème</sup> alinéa, litera a), b) et 141, § 5 dernier alinéa et 141 §7 alinéa 1 tels qu'ils étaient en vigueur avant le 15 mai 2007 et en l'espèce toujours applicables conformément à la disposition transitoire contenue dans l'article 112 de la loi du 13 décembre 2006 ;

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

- décide que les trois griefs énoncés à l'encontre de Madame A. sont établis ;

et

- en conséquence, condamne cette dernière à rembourser la valeur des prestations indûment portées en compte à l'assurance obligatoire, soit la somme de 13.545,81 euro.

Dr. B. HEPP  
Médecin-directeur-général