

DECISION DU FONCTIONNAIRE-DIRIGEANT DU 11 AVRIL 2022

Concerne : **Madame A.**
Infirmière
BRS/F/21-019

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.

1. GRIEFS FORMULES

Quatre griefs ont été formulés (voir pour le détail la note de synthèse précitée) concernant Madame A., suite à l'enquête menée par les inspecteurs du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI.

En résumé, il lui est reproché :

1.1. Grief 1 – prestations non effectuées

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 ou fournies ou lorsqu'elles ont été effectuées ou fournies durant une période d'interdiction temporaire ou définitive d'exercice de la profession (Loi SSI, art. 73bis, 1°).

1.1.1. Base réglementaire du grief (à l'époque de l'infraction) et prestations en cause

Pour le détail de la réglementation applicable, le Service renvoie aux pages 10 à 14 de la note de synthèse.

1.1.2. Libellé des codes de nomenclature en cause

<u>N° code de prestation</u>	<u>Lettre-clé et coefficient</u>	<u>Libellé</u>	<u>Date d'entrée en vigueur</u>
425014	W 0,879	Première prestation de base de la journée de soins (Semaine)	01-06-1997
425412	W 1,206	Première prestation de base de la journée de soins (Weekend)	01-06-1997
424351	W 1,759	Soins de plaie(s) complexes (Semaine)	01-07-2003
424513	W 2,562	Soins de plaie(s) complexes (Weekend)	01-07-2003
424270	W 0,484	Application de pommades ou d'un produit médicamenteux (Semaine)	01-07-2003
424432	W 0,73	Application de pommades ou d'un produit médicamenteux (Weekend)	01-07-2003

1.1.3. Argumentation

En l'espèce, il s'agit de prestations de soins de plaie complexes et d'application de pommade qui n'ont pas été réalisées et pour lesquelles aucune prescription (ou dossier) n'a été présentée.

1.1.4. Position de la prestataire concernant ce grief

Lors de son audition du 20/11/2019, Mme A. a déclaré :

« [...] Mr B. : je reconnais avoir facturé un pansement de plaie complexe chaque jour pour la prise de médicament et la tension. [...] Mr C. : vous me dites que Mme D. et Mme E. ont déclaré que c'était pour des médicaments et des gouttes dans les yeux. On faisait en plus 1 pansement malléole gauche avec Flaminal et Mélolin, pendant plus d'un an. C'est moi qui allais chercher le Flaminal. J'ai les factures, je m'engage à vous les fournir. Sur les coudes, je mettais du Dermalex. Au niveau du dossier, je dois avoir des photos et les dimensions. Vous me réclamez les prescriptions et les dossiers infirmiers des patients abordés, pour la période de décembre 2016 à ce jour où je les ai pris en charge. »

1.1.5. Conclusion

Ce grief concerne 2 assurés pour 997 prestations, pour la période de prestations du 01/12/16 au 19/08/18 et d'introduction à l'OA du 20/02/17 au 22/08/18, à concurrence d'un indu total de 6.254,27 €.

Tableau anonymisé.

1.2. Grief 2 – prestations non conformes

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 et/ou lorsque des prestations visées à l'article 34 de cette même loi ont été prescrites durant une période d'interdiction temporaire ou définitive d'exercice de la profession (Loi SSI, art. 73bis, 2°).

En l'espèce, il s'agit d'un surscorage de l'échelle de Katz.

1.2.1. Base réglementaire du grief (à l'époque de l'infraction) et prestations en cause

Pour le détail de la réglementation applicable, le Service renvoie aux pages 16 à 17 de la note de synthèse.

1.2.2. Libellé des codes de nomenclature concernés par le grief

<u>N° code de prestation</u>	<u>Lettre-clé et coefficient</u>	<u>Libellé</u>	<u>Date d'entrée en vigueur</u>
425272	W 3,825	Honoraires forfaitaires, dits forfait A, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants: - dépendance pour le critère se laver et le critère s'habiller (score 3 ou 4), et - dépendance pour le critère transfert et déplacements et/ou le critère aller à la toilette (score 3 ou 4) (Semaine)	01-06-1997
425670	W 5,71	Honoraires forfaitaires, dits forfait A, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants: - dépendance pour le critère se laver et le critère s'habiller (score 3 ou 4), et - dépendance pour le critère transfert et déplacements et/ou le critère aller à la toilette (score 3 ou 4) (Weekend)	01-06-1997

1.2.3. Argumentation

En l'espèce, il s'agit de la non-conformité d'un forfait A attesté alors que seule une toilette de pieds a été parfois réalisée.

1.2.4. Position de la prestataire

Lors de son audition du 20/11/2019, Mme A. a déclaré :

« Je vous réponds au sujet de Madame F. : vous l'avez contrôlée et signalé à la Mutualité que ce n'était pas un FA. Par après, des bas de contention ont été facturés puis des insulines 2 x/j puis elle est allée en maison de repos puis elle est revenue. La Mutualité neutre m'a réclamé +/- 400€, en les retirant de la facturation ultérieure. Je l'ai lavée plus d'un an et, suite à votre passage, je n'y suis plus allée et elle s'est dégradée et elle a été placée. Elle est rentrée il y a +/- 1 mois et je l'ai reprise en charge pour des insulines 2 x/j. »

1.2.5. Conclusion

Ce grief concerne 1 assurée pour 189 prestations, pour la période de prestations du 02/10/2017 au 19/08/18 et d'introduction à l'OA du 05/11/2017 au 22/08/18, à concurrence d'un indu total de 3.798,09€.

Tableau anonymisé.

1.3. Grief 3 – prestations non conformes

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 et/ou lorsque des prestations visées à l'article 34 de cette même loi ont été prescrites durant une période d'interdiction temporaire ou définitive d'exercice de la profession (Loi SSI, art. 73bis, 2°).

En l'espèce, il s'agit de prestations effectuées par des tiers non habilités.

1.3.1. Base réglementaire du grief (à l'époque de l'infraction) et prestations en cause

Pour le détail de la réglementation applicable, le Service renvoie aux pages 19 à 21 de la note de synthèse.

1.3.2. Libellé des codes de nomenclature concernés par le grief

<u>N° code de prestation</u>	<u>Lettre-clé et coefficient</u>	<u>Libellé</u>	<u>Date d'entrée en vigueur</u>
418913	W 0,546	Frais de déplacement des praticiens de l'art infirmier et des accoucheuses : praticiens de l'art infirmier	01-01-1990
424270	W 0,484	Application de pommades ou d'un produit médicamenteux (Semaine)	01-07-2003
424314	W 0,484	Dans le cadre d'une thérapie de compression : application de bandage(s), pansement(s) de compression (Semaine)	01-07-2003
424351	W 1,759	Soins de plaie(s) complexes (Semaine)	01-07-2003
424432	W 0,73	Application de pommades ou d'un produit médicamenteux (Weekend)	01-07-2003
424476	W 0,73	Dans le cadre d'une thérapie de compression : application de bandage(s), pansement(s) de compression (Weekend)	01-07-2003
424513	W 2,562	Soins de plaie(s) complexes (Weekend)	01-07-2003
425014	W 0,879	Première prestation de base de la journée de soins (Semaine)	01-06-1997
425110	W 1,167	Soins d'hygiène (toilettes) (Semaine)	01-06-1997
425272	W 3,825	Honoraires forfaitaires, dits forfait A, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants: - dépendance pour le critère se laver et le critère s'habiller (score 3 ou 4), et - dépendance pour le critère transfert et déplacements et/ou le critère aller à la toilette (score 3 ou 4) (Semaine)	01-06-1997
425294	W 7,371	Honoraires forfaitaires, dits forfait B, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants: - dépendance pour le critère se laver et le critère s'habiller (score 3 ou 4), et - dépendance pour le critère transfert et déplacements et le critère aller à la toilette (score 3 ou 4), et - dépendance pour le critère continence et/ou pour le critère manger (score 3 ou 4) (Semaine)	01-06-1997
425316	W 10,083	Honoraires forfaitaires, dits forfait C, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants: - dépendance pour le critère se laver (score 4) et le critère s'habiller (score 4), et - dépendance pour le critère transfert et déplacements (score 4) et le critère aller à la toilette (score 4), et - dépendance pour le critère continence et pour le critère manger (pour laquelle un des deux critères obtient un score de 4, et l'autre un score de minimum 3) (Semaine)	01-06-1997
425412	W 1,206	Première prestation de base de la journée de soins (Weekend)	01-06-1997
425515	W 1,754	Soins d'hygiène (toilettes) (Weekend)	01-06-1997

<u>N° code de prestation</u>	<u>Lettre-clé et coefficient</u>	<u>Libellé</u>	<u>Date d'entrée en vigueur</u>
425670	W 5,71	Honoraires forfaitaires, dits forfait A, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants: - dépendance pour le critère se laver et le critère s'habiller (score 3 ou 4), et - dépendance pour le critère transfert et déplacements et/ou le critère aller à la toilette (score 3 ou 4) (Weekend)	01-06-1997
425692	W 10,944	Honoraires forfaitaires, dits forfait B, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants: - dépendance pour le critère se laver et le critère s'habiller (score 3 ou 4), et - dépendance pour le critère transfert et déplacements et le critère aller à la toilette (score 3 ou 4), et - dépendance pour le critère continence et/ou pour le critère manger (score 3 ou 4) (Weekend)	01-06-1997
425714	W 15,017	Honoraires forfaitaires, dits forfait C, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants: - dépendance pour le critère se laver (score 4) et le critère s'habiller (score 4), et - dépendance pour le critère transfert et déplacements (score 4) et le critère aller à la toilette (score 4), et - dépendance pour le critère continence et pour le critère manger (pour laquelle un des deux critères obtient un score de 4, et l'autre un score de minimum 3) (Weekend)	01-06-1997
427033	W 11,75	Honoraires forfaitaires PB, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire : • dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants : - dépendance pour le critère se laver et le critère s'habiller (score 3 ou 4), et - dépendance pour le critère transfert et déplacements et le critère aller à la toilette (score 3 ou 4), et - dépendance pour le critère continence et/ou pour le critère manger (score 3 ou 4). • et qui répond à la définition du patient palliatif reprise au § 5bis, 1° (Semaine)	01-10-2001
427114	W 17,493	Honoraires forfaitaires PB, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire : • dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants : - dépendance pour le critère se laver et le critère s'habiller (score 3 ou 4), et - dépendance pour le critère transfert et déplacements et le critère aller à la toilette (score 3 ou 4) et - dépendance pour le critère continence et/ou pour le critère manger (score 3 ou 4). • et qui répond à la définition du patient palliatif reprise au § 5bis, 1° (Weekend)	01-10-2001
427136	W 16,253	Honoraires forfaitaires PA, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués : • au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants : - dépendance pour le critère se laver et le critère s'habiller (score 3 ou 4), et - dépendance pour le critère transfert et déplacements et/ou le critère aller à la toilette (score 3 ou 4) • sous la condition que le bénéficiaire répond à la définition de patient palliatif reprise au § 5bis, 1° (Weekend)	01-10-2001

<u>N° code de prestation</u>	<u>Lettre-clé et coefficient</u>	<u>Libellé</u>	<u>Date d'entrée en vigueur</u>
428035	W 0,134	valorisation des prestations multiples et contraignantes chez les patients très dépendants (Semaine)	01-01-2010
428050	W 0,134	valorisation des prestations multiples et contraignantes chez les patients très dépendants (Weekend)	01-01-2010

1.3.3. Argumentation

En l'espèce, il s'agit de prestations réalisées par une aide-soignante (réalisation de toilettes, soins d'hygiène et soins de santé), alors que Madame A. ne disposait pas de l'autorisation pour fonctionner avec un(e) aide-soignant(e) et ne pouvait alors attester ces soins.

1.3.4. Position du dispensateur de soins

Lors de son audition du 20/11/2019, Mme A. a déclaré :

« [...] Vous me parlez des prestations réalisées par Mme E., aide-soignante, réalisées du 19/04 au 8/7/2018. Vous me parlez de l'e-mail du 19/04/2018 envoyé à ... dont je fais motion dans mes moyens de défense. Vous m'expliquez que j'ai dû recevoir un mail automatique car l'adresse a changé. Il s'agissait de ... et le service ne consultait plus les mails sur ... Le 1er échange avec ... date du 19/06/2018. Vous me dites, de plus, que le mail du 19/04 demandait seulement un n° INAMI et non son intégration dans le groupement avec la déclaration sur l'honneur. Je vous réponds alors que j'ai d'abord demandé un n° INAMI pour elle, parce que, sans ça, je ne savais pas l'intégrer dans le groupement. Vous me dites que je n'étais pas dans les conditions pour l'intégrer vu que nous n'étions plus un minimum de 4 infirmiers. »

1.3.5. Conclusion

Ce grief concerne 20 assurés pour 306 prestations, pour la période de prestations du 19/04/2018 au 08/07/18 et d'introduction à l'OA du 02/05/2018 au 31/07/2018, à concurrence d'un indu total de 6.068,91 € (cf note de synthèse, p. 25)

1.4. Grief 4 – prestations non conformes

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 et/ou lorsque des prestations visées à l'article 34 de cette même loi ont été prescrites durant une période d'interdiction temporaire ou définitive d'exercice de la profession (Loi SSI, art. 73bis, 2°).

En l'espèce, il s'agit de dossiers infirmiers incomplets.

1.4.1. Base réglementaire du grief (à l'époque de l'infraction)

Pour le détail de la réglementation applicable, le Service renvoie aux pages 26 à 30 de la note de synthèse.

1.4.2. Libellé des codes de la nomenclature en cause dans le grief

<u>N° code de prestation</u>	<u>Lettre-clé et coefficient</u>	<u>Libellé</u>	<u>Date d'entrée en vigueur</u>
425272	W 3,825	Honoraires forfaitaires, dits forfait A, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants: - dépendance pour le critère se laver et le critère s'habiller (score 3 ou 4), et - dépendance pour le critère transfert et déplacements et/ou le critère aller à la toilette (score 3 ou 4) (Semaine)	01-06-1997
425294	W 7,371	Honoraires forfaitaires, dits forfait B, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants: - dépendance pour le critère se laver et le critère s'habiller (score 3 ou 4), et - dépendance pour le critère transfert et déplacements et le critère aller à la toilette (score 3 ou 4), et - dépendance pour le critère continence et/ou pour le critère manger (score 3 ou 4) (Semaine)	01-06-1997
425670	W 5,71	Honoraires forfaitaires, dits forfait A, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants: - dépendance pour le critère se laver et le critère s'habiller (score 3 ou 4), et - dépendance pour le critère transfert et déplacements et/ou le critère aller à la toilette (score 3 ou 4) (Weekend)	01-06-1997
425692	W 10,944	Honoraires forfaitaires, dits forfait B, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants: - dépendance pour le critère se laver et le critère s'habiller (score 3 ou 4), et - dépendance pour le critère transfert et déplacements et le critère aller à la toilette (score 3 ou 4), et - dépendance pour le critère continence et/ou pour le critère manger (score 3 ou 4) (Weekend)	01-06-1997

1.4.3. Argumentation

En l'espèce, il s'agit de la non-conformité de dossiers infirmiers.

Il s'agit de 85 prestations de santé non conformes, pour un montant indu de 1.929,64 €.

1.4.4. Position de la dispensatrice de soins

Lors de son audition du 20/11/2019, Mme A. a déclaré:

« Vous me réclamez les prescriptions et les dossiers infirmiers des patients abordés, pour la période de décembre 2016 à ce jour où je les ai pris en charge. [...] Mme G. : ma collègue qui y va maintenant la facture en FA. J'ai remboursé à la Neutre, via prélèvement sur la facturation ultérieure, la différence par rapport à la dernière échelle de Katz introduite avant votre passage. Je dois demander à mon comptable la preuve du remboursement. Mme H. : là, également, j'ai déjà remboursé et je dois demander cette preuve à mon comptable. Son forfait a changé plusieurs fois selon son état de santé. Je m'engage à vous fournir son dossier. »

Ce grief concerne 2 assurés pour 85 prestations, pour la période de prestations du 03/01/2018 au 31/03/2018 et d'introduction à l'OA du 21/01/2018 au 03/04/2018, à concurrence d'un indu total de 1.929,64 €.

Assurés / prestations	425272	425670	425294	425692	Indu
Madame G.	30	12			830,28 €
Madame H.	18	11	12	2	1.099,36 €
Total général					1.929,64 €

Pour ces griefs, l'indu total a été évalué à 18.050,91 euros.

2. DISCUSSION

2.1. Moyens de défense

Mme A. met d'abord en avant le fait d'avoir remboursé entièrement l'indu suivant un plan de paiement convenu avec le Service.

Elle reconnaît que ses dossiers n'étaient pas toujours bien tenus, mais indique qu'elle y a remédié avec une application mobile.

Elle reconnaît qu'elle n'aurait pas dû prendre d'aide-soignante sans avoir eu « l'autorisation » de l'INAMI. Elle s'engage à ne plus prendre d'aide-soignante.

Elle s'efforce de respecter la réglementation (échelles de katz, etc).

Elle fait part du fait qu'elle exerce plusieurs professions pour pouvoir rembourser ses amendes et qu'elle met tout en œuvre pour rembourser, avec des risques pour sa santé.

Elle demande une amende minimale.

2.2. Fondement des griefs

2.2.1. Sur le bien-fondé du premier grief

Il ressort du dossier que les éléments matériels et constitutifs du dossier du grief n°1 sont réunis et prouvés notamment au regard des éléments qui suivent.

Concernant l'assuré Monsieur C., au cours de l'enquête, le Service a recueilli les éléments suivants :

- Mail reçu du Docteur I. :

« [...] 1- Concernant Mr C. (décédé Dans son dossier, je ne vois aucune trace de plaie importante chronique et complexe justifiant des soins infirmiers. Ni de prescription de ma part dans ce sens. Mais, il faut remarquer qu'il présentait des troubles cognitifs importants qui, en cas de plaie, auraient nécessité l'aide d'une infirmière pour les soins. Il était incapable de se gérer à ce niveau. J'ai noté qu'il s'est blessé au coude gauche le 4/6/18 (hématome, ponctionné) » .

- Audition de Madame E., en date du 05/04/2019 :

« [...] Monsieur C. : mari de Mme G., je lui donnais ses médicaments. Par la suite, on a mis des gouttes oculaires. Il a l'Alzheimer, mais je ne l'ai jamais lavé. »

- Audition de Madame D., en date du 04/09/2018 :

« [...] J'ai pris en charge : [...] – Monsieur C. : rien [...] – Monsieur C : donner traitement du matin. On mettait des gouttes dans les yeux. Je n'ai pas fait de pansement. Il a sans doute un Alzheimer. Il est très désorienté. Cela devenait limite. [...] »

- Audition de Madame A. le 20/11/2019 :

« [...] Mr C. : vous me dites que Mme D. et Mme E. ont déclaré que c'était pour des médicaments et des gouttes dans les yeux. On faisait en plus 1 pansement malléole gauche avec Flaminal et Mélolin, pendant plus d'un an. C'est moi qui allais chercher le Flaminal. J'ai les factures, je m'engage à vous les fournir. Sur les coudes, je mettais du Dermalex. Au niveau du dossier, je dois avoir des photos et les dimensions. Vous me réclamez les prescriptions et les dossiers infirmiers des patients abordés, pour la période de décembre 2016 à ce jour où je les ai pris en charge. »

Concernant l'assuré Monsieur B., au cours de l'enquête, le Service a recueilli les éléments suivants :

- Audition de Monsieur B., en date du 14/09/2018 :

« [...] En rentrant de l'hôpital, j'ai dû prendre une infirmière pour prendre ma tension et préparer mes médicaments. [...] Elle prépare des semainiers le lundi. [...] Je prends mes médicaments moi-même. [...] L'infirmière vient l'après-midi le lundi pour préparer les médicaments. Elle prend la tension quand elle vient une fois par semaine le lundi après-midi. Le reste du temps, c'est moi qui prends ma tension avec le tensiomètre automatique. Avant, elle venait tous les jours préparer les médicaments et prendre ma tension. Quand je dis avant, je pense que cela fait au moins un mois qu'elle ne vient plus qu'une fois par semaine, mais je ne suis plus sûr de la date exacte. J'en avais marre qu'elle vienne tous les jours pour les médicaments donc j'ai demandé qu'elle prépare cela une fois par semaine. L'infirmière n'a jamais fait d'autre soin. Mon épouse m'aide à me laver le dos. Je n'ai jamais eu de plaie. Elles n'ont jamais fait de pansement ou mis de pommade. »

- Audition de Madame D., en date du 04/09/2018 :

« [...] Monsieur B. : si il habite à ..., il fallait prendre sa tension et lui préparer ses médicaments, tous les jours. »

- Madame A. déclare, au cours de son audition du 20/11/2019 :

« [...] Mr B. : je reconnais avoir facturé un pansement de plaie complexe chaque jour pour la prise de médicament et la tension. »

Dans ses moyens de défense du 25/01/2022, Mme A. n'a pas contesté le grief de prestations non effectuées.

Au vu des éléments susmentionnés, le grief est incontestablement établi.

2.2.2. Sur le bien-fondé du deuxième grief

Il ressort du dossier que les éléments matériels et constitutifs du dossier du grief n°2 sont réunis et prouvés notamment au regard des éléments qui suivent.

Au cours de l'enquête, le Service a recueilli les éléments suivants :

- Audition de Madame F., en date du 14/09/2018 :

« [...] Je suis diabétique sous ADO. J'ai reçu des soins infirmiers suite à une blessure provoquée par une pédicure, au niveau de l'ongle du pied. J'ai d'ailleurs dû aller à l'hôpital, où on a failli devoir enlever l'ongle. Le docteur J. a demandé qu'on me fasse des soins de pieds à la sortie de l'hôpital : pendant 1 mois, j'ai eu les infirmières qui sont venues tremper mes pieds dans un bassin, les laver à l'iso et faire un pansement à l'Isogel sur l'ongle blessé. Suite à ça, elles m'ont suggéré de mettre des bas. Depuis lors, elles viennent à 11h mettre les bas et les enlever le soir, vers 9h du soir. Quand elles viennent le matin, je suis déjà lavée et j'ai déjà déjeuné. Les infirmières n'ont jamais fait ma toilette : je me lave seule à la douche, je n'ai jamais été lavée par une infirmière. Une seule d'entre elles passe vers 8h, avant 9h30, pour me mettre les bas quand je suis au lit ; je fais alors ma toilette à l'évier ce jour-là, c'est le lundi. [...] Je me déplace en bus, je sais descendre mes escaliers et je me fais livrer des repas trois fois/semaine sinon je cuisine. [...] Je suis formelle : à part les pieds, les infirmières ne m'ont jamais lavée.»

- Audition de Madame D., en date du 04/09/2018 :

« [...] Madame F. : une toilette le matin, complète (les jambes au lit car besoin de bas de contention) puis le reste à l'évier. Mais il y a des jours où elle prenait sa douche seule. Au début : toilette complète (3-4 mois d'écart) puis à la fin, seulement les bas. Elle aimait prendre sa douche, le matin vers 10 heures. Dame dépressive qui disait qu'elle irait prendre sa douche. Je ne mettais pas les bas quand elle disait qu'elle allait prendre sa douche. Je signalais à Me A. que je n'avais pas fait de toilette, mais je passais quand même la carte. Au début, c'était une toilette au bassin.»

- Audition de Madame E., en date du 05/04/2019 :

« [...] Madame F. : en matin, je ne mettais que les bas TED. Elle me disait prendre sa douche seule. Madame A. y allait le soir enlever les bas et faire les pieds. Je l'ai déjà croisée à Belle-Ile. Elle prenait le bus, elle marche sans canne. »

- Madame A. déclare, au cours de son audition du 20/11/2019 :

« [...] Je vous réponds au sujet de Madame F. : vous l'avez contrôlée et signalé à la Mutualité que ce n'était pas un FA. Par après, des bas de contention ont été facturés puis des insulines 2 x/j puis elle est allée en maison de repos puis elle est revenue. La Mutualité neutre m'a réclamé +/- 400€, en les retirant de la facturation ultérieure. Je l'ai lavée plus d'un an et, suite à votre passage, je n'y suis plus allée et elle s'est dégradée et elle a été placée. Elle est rentrée il y a +/- 1 mois et je l'ai reprise en charge pour des insulines 2 x/j. »

Dans ses moyens de défense, Mme A. reconnaît le grief et écrit :

« je m'efforce à ce que mon travail soit plus que correct, échelles de Katz »

Au vu des éléments susmentionnés, le deuxième grief est incontestablement établi.

2.2.3. Sur le bien-fondé du troisième grief

Il ressort du dossier que les éléments matériels et constitutifs du dossier du grief n°3 sont réunis et prouvés notamment au regard des éléments qui suivent.

Au cours de l'enquête, le Service a recueilli les éléments suivants :

- Audition de Madame E., en date du 05/04/2019 :

« [...] Vous me demandez si j'ai travaillé pour Madame A. et où je l'ai connue. Je vous réponds que je l'ai connue à la ... où elle venait effectuer des soins car à la MR certains soirs il n'y avait pas d'infirmière. Elle m'a proposé en avril 2018 de travailler avec elle sur sa tournée à domicile. Je me suis alors mise en personne physique, n°....., en date du 1/4/18. Vous me demandez une copie de la convention de prestation de service entre Madame A. et moi. Annexe 2, 4 pages. Elle est datée du 30/4/18. Je l'ai datée quand je l'ai reçue, mais j'ai travaillé pour Madame A. à partir du 7/4/18. Dans cette convention, article 6, vous pouvez lire que le détail des rémunérations est repris dans les annexes, mais je n'ai jamais eu d'annexe ni aucun détail. Le paiement des prestations était effectué sur mon n° de compte professionnel : Il y a juste une fois où elle m'a remis 1000 euros en liquide, début juillet. Madame A. m'avait dit avoir fait la demande pour un numéro INAMI pour moi. Au départ, elle m'a dit qu'il faudrait du temps puis que je n'aurai pas de numéro personnel vu qu'elle facturait avec un groupement et que j'en faisais partie. Je n'ai jamais signé de mandat à Madame A. pour qu'elle porte en compte mes prestations. Je vous donne copie des récapitulatifs concernant la facturation. Annexe 3, 11 pages. Il s'agit des dates suivantes : 7/4/18 8/4/18 9/4/18 18/4/18 19/4/18 20/4/18 27/4/18 28/4/18 29/4/18 13/5/18 17/5/18 Il y a un petit point à côté du nom du patient quand je l'ai pris en charge. Elle recalculait en dessous le montant qui m'était destiné car je ne faisais que rarement le soir. Le total facturé qui apparaît est le total qu'elle recevait je pense. Quand j'allais chez le patient, je passais la carte d'identité via Moby 33 sur le téléphone portable, via sa licence à elle. Il y avait à l'écran son nom et son numéro INAMI. J'ai travaillé le dernier jour pour Madame A. date du 16/07/18. Je vous fournis copie de mon agenda pour mes jours prestés et les patients que j'ai pris en charge. Annexe 4, 10 pages. Madame A. m'a rétrocédé sur mon compte professionnel à part une fois en liquide 1000 euros. [...] »

- Madame A. déclare, au cours de son audition du 20/11/2019 :

« [...] Vous me parlez des prestations réalisées par Mme E., aide-soignante, réalisées du 19/04 au 8/7/2018. Vous me parlez de l'e-mail du 19/04/2018 envoyé à ... dont je fais motion dans mes moyens de défense. Vous m'expliquez que j'ai dû recevoir un mail automatique car l'adresse a changé. Il s'agissait de ... et le service ne consultait plus les mails sur Le 1er échange avec ... date du 19/06/2018. Vous me dites, de plus, que le mail du 19/04 demandait seulement un n° INAMI et non son intégration dans le groupement avec la déclaration sur l'honneur. Je vous réponds alors que j'ai d'abord demandé un n° INAMI pour elle, parce que, sans ça, je ne savais pas l'intégrer dans le groupement. Vous me dites que je n'étais pas dans les conditions pour l'intégrer vu que nous n'étions plus un minimum de 4 infirmiers. »

Dans ses moyens de défense, Mme A. ne conteste pas le 3^e grief et note :

« je reconnais mes torts en ayant pris une aide-soignante, j'aurais dû attendre votre autorisation, sachez aussi que je ne prendrais plus jamais d'aide-soignante ».

Au vu des éléments susmentionnés, le troisième grief est incontestablement établi.

2.2.4. Sur le bien-fondé du quatrième grief

Il ressort du dossier que les éléments matériels et constitutifs du dossier du grief n°4 sont réunis et prouvés notamment au regard des éléments qui suivent.

Au cours de l'enquête, le Service a recueilli les éléments suivants :

- Audition de Madame E., en date du 05/04/2019 :

« [...] Il n'y avait aucun dossier infirmier chez les patients et je ne complétais aucun commentaire chez les patients sur l'application mobile.»

- Madame A. déclare, au cours de son audition du 20/11/2019 :

« [...] « Vous me réclamez les prescriptions et les dossiers infirmiers des patients abordés, pour la période de décembre 2016 à ce jour où je les ai pris en charge. [...]»

Mme G. : ma collègue qui y va maintenant la facture en FA. J'ai remboursé à la Neutre, via prélèvement sur la facturation ultérieure, la différence par rapport à la dernière échelle de Katz introduite avant votre passage. Je dois demander à mon comptable la preuve du remboursement.

Mme H. : là, également, j'ai déjà remboursé et je dois demander cette preuve à mon comptable. Son forfait a changé plusieurs fois selon son état de santé. Je m'engage à vous fournir son dossier. »

Dans ses moyens de défense, Mme A. indique :

« je reconnais que mes dossiers n'étaient pas toujours bien tenus vu la charge de travail. Mais sachez que j'y ai remédié avec une application mobile et que je m'efforce à ce que mes dossiers et p. m. soit bien à jour (cela m'a servi de leçon) ».

Au vu des éléments susmentionnés, le quatrième grief est incontestablement établi.

2.3. Quant à l'indu

Les quatre griefs reprochés au terme du procès-verbal de constat du 10/12/2019 ont entraîné des débours indus dans le chef de l'assurance obligatoire soins de santé pour un montant de 18.050,91 €.

Madame A. a procédé au remboursement total de l'indu (18.050,91 €) par onze versements de 1.504,24 € (les 23/03/2020, 20/04/2020, 08/05/2020, 29/06/2020, 28/07/2020, 27/08/2020, 29/09/2020, 19/10/2020, 23/11/2020, 23/12/2020 et 25/01/2021) et un versement de 1.504,27 €, le 08/02/2021.

Les griefs formulés à l'encontre de Mme A. étant fondés, il y a lieu d'ordonner qu'elle soit condamnée à rembourser la valeur des prestations indues s'élevant à 18.050,91 € et de constater que la totalité de la valeur des prestations indues a été remboursée.

2.4. Quant à l'amende

2.4.1. Quant au régime de l'amende administrative

En vertu de l'article 169 de la loi ASSI, la sanction applicable est celle visée à l'article 142, §1^{er}, 1° et 2° de la même loi, c'est-à-dire :

- pour les prestations non effectuées (grief n°1), le remboursement de la valeur des prestations indument attestées à charge de l'assurance soins de santé et une amende administrative comprise entre 50% et 200% de la valeur des prestations concernées ;
- et, pour les prestations non conformes (griefs n°2 à 4), le remboursement de la valeur des prestations indument attestées à charge de l'assurance soins de santé et/ou une amende administrative comprise entre 5% et 150 % du montant de la valeur des prestations concernées.

2.4.2. Quant au quantum de l'amende administrative retenue

Les prestations citées à grief sont comprises entre le 1^{er} décembre 2016 et le 19 août 2018 ont été introduites auprès des organismes assureurs du 20 février 2017 au 22 août 2018.

Le Service d'évaluation et de contrôle médicaux estime nécessaire de prononcer une amende administrative à charge de Madame A.

L'attestation de prestations non effectuées est l'infraction la plus grave qui puisse être constatée par le Service d'évaluation et de contrôle médicaux à l'encontre d'un dispensateur de soins car elle caractérise la rupture du lien de confiance entre l'INAMI, les organismes assureurs et le dispensateur de soins¹.

En attestant des prestations alors qu'elle ne les avait pas réalisées, Mme A. a méconnu les obligations qui lui incombent en sa qualité de dispensateur de soins et n'a pas fait preuve de professionnalisme.

Compte tenu du nombre de prestations non effectuées attestées par Mme A. (997 prestations), du caractère élevé de l'indu en cause (6.254,27 €), de la durée de la période infractionnelle (18 mois suivant les dates d'introduction à l'organisme assureur), de l'expérience de Mme A. (environ 37 ans au moment des faits), de ses antécédents (un grief de prestations non effectuées retenu au terme de la décision du 04/05/2017 du fonctionnaire dirigeant du SECM (846 prestations reprochées pour un montant indu de 7.569,17 € au terme de la décision rendue par le Fonctionnaire dirigeant du SECM ; dans un autre dossier, un grief de prestations non effectuées retenu par la Chambre de première instance le 5/02/2021 (191 prestations reprochées pour un montant indu de 2.653,87 €)), Mme A. a clairement spolié les deniers de l'assurance soins de santé et donc de la collectivité, ce qui justifie l'application d'une sanction élevée.

¹ C. arb. 30/10/2001, n°26/2002 ; C. arb. 30/01/2002, n°98/2002 ; C. arb. 12/03/2003, n°31/2003 ; C. const. 31/01/2019, n°15/2019

Il est donc justifié de prononcer à l'encontre de Madame A. au titre du grief de prestations non effectuées une amende administrative de 200% du montant indu à rembourser (LC 14/07/1994, art. 142, §1er, 1°), soit 12.508,54 euros.

Concernant l'**attestation de prestations non conformes**, le législateur a encadré de manière très précise les possibilités d'attester des soins infirmiers, afin d'éviter les abus qui pourraient découler d'une appréciation souple et extensive des conditions fixées par la Nomenclature, par exemple en matière d'évaluation de l'état de dépendance physique d'un assuré.

Les règles de la Nomenclature des prestations de santé sont de stricte interprétation et doivent être appliquées rigoureusement² car les dispensateurs de soins collaborent à un service public, ce qui repose sur un rapport de confiance notamment entre l'INAMI, les organismes assureurs et les dispensateurs de soins³.

Le respect des formalités administratives prévues par la réglementation telles que les règles relatives à l'évaluation de l'état de dépendance physique des patients est un des fondements de ce rapport de confiance, puisque ces normes sont clairement et expressément énoncées dans la réglementation.

Il n'appartient pas aux dispensateurs de soins de faire une interprétation personnelle ou d'opportunité de la réglementation.

S'ils ne s'y conforment pas, ils brisent ce rapport de confiance et mettent en péril l'équilibre des deniers publics.

En ne respectant notamment pas les règles relatives au recours à des aides-soignants ou bien celles relatives à l'évaluation de l'état de dépendance physique ou encore de celles relatives à la tenue du dossier infirmier, Madame A. a manqué à ses obligations légales en tant que dispensateur de soins.

Dans ces conditions, au regard de ces éléments, mais aussi compte tenu de la clarté de la nomenclature, de l'expérience de Mme A. (37 ans au moment des faits), de ses antécédents (des griefs de non-conformité ont été reprochés au terme de chacun des dossiers dont Mme A. a fait l'objet et notamment un grief de surscorage de l'état de dépendance physique, dans la décision FD du 4/05/2017 et dans la décision CPI du 5/02/2021 ou encore un grief relatif au dossier infirmier incomplet au terme de la décision CPI du 05/02/2021), du fait que les dossiers infirmiers ont été demandés, du nombre de prestations en cause (495 prestations), de la durée de la période infractionnelle (21 mois) et du montant de l'indu (9.867 €), il est justifié de prononcer à l'encontre de Mme A., au titre des griefs de prestations non conformes une amende administrative de 150 % du montant à rembourser (LC, 14/07/1994, art. 142, §1er, 2°) soit 17.694,96 € (indu de 11.796,64 €).

2.4.3. Quant aux antécédents et au sursis

Mme A. a déjà précédemment fait l'objet d'une condamnation :

- du Fonctionnaire dirigeant du SECM le 04/05/2017 ;
- du fonctionnaire dirigeant du SECM le 17/11/2017 ;
- de la Chambre de première instance le 05/02/2021.

² Cass. 20/11/2017, C.15.02132.N.

³ C. arb. 30/10/2001, n°26/2002 ; C. arb. 30/01/2002, n°98/2002 ; C. arb. 12/03/2003, n°31/2003 ; C. const. 31/01/2019, n°15/2019

Par sa décision du 04/05/2017, notifiée le 05/05/2017, le Fonctionnaire dirigeant du SECM avait condamné Mme A. à deux amendes assorties d'un sursis de trois années pour la moitié de celles-ci.

L'article 157, alinéa 3 prévoit :

« Le sursis est révoqué de plein droit lorsque le dispensateur est condamné du chef d'une nouvelle infraction visée à l'article 73bis, commise pendant le délai d'épreuve. »

Le délai d'épreuve a commencé à courir à dater du 6/06/2017.

Or, les infractions reprochées à Mme A. au terme du PVC du 10/12/2019 ont été commises entre le 01/12/2016 et le 19/08/2018 (introduction auprès des OA du 20/02/2017 au 22/08/2018), soit pendant le délai d'épreuve assortissant les amendes administratives auxquelles le Fonctionnaire dirigeant du SECM a condamné l'intéressée.

Par conséquent, le sursis accordé à Mme A. doit être révoqué et Mme A. doit être condamnée au paiement du solde de ces amendes prononcées au terme de la décision du Fonctionnaire dirigeant du SECM du 04/05/2017 qui s'élève à 12.953,58 euros (LC 14/07/1994, art. 157).

Par ailleurs, l'article 157 de la loi coordonnée le 14/09/1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé dispose que :

« Le sursis, d'une durée de un à trois ans, peut être accordé lorsque dans les trois ans précédant le prononcé, aucune amende administrative n'a été infligée ni aucun remboursement de prestations indues n'a été imposé à l'intéressé par une instance administrative ou juridictionnelle instituée au sein ou auprès de l'Institut ».

Dans ces conditions, il ne peut pas être octroyé de sursis à Mme A. compte tenu de la décision de la Chambre de première instance du 5 février 2021 dont elle a fait l'objet.

PAR CES MOTIFS,

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994,

APRES EN AVOIR DELIBERE,

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

- Déclare les griefs reprochés à Mme A. au terme du procès-verbal de constat du 10/12/2019 établis;
- Condamne Madame A. à rembourser la valeur des prestations indues s'élevant à 18.050,91 € ;
- Constate que Madame A. a remboursé la totalité de la valeur des prestations indues ;
- Condamne Madame A. à payer une amende de 200 % du montant des prestations indues attestées à charge de l'assurance soins de santé (LC 14.07.1994, article 142, §1^{er}, 1^o), soit 12.508,54 euros ;
- Condamne Madame A. à payer une amende de 150% du montant des prestations indues attestées à charge de l'assurance soins de santé (L.C. 14.07.1994, art. 142, §1^{er}, 2^o), soit 17.694,96 euros ;
- Révoque le sursis accordé à Mme A. par la décision du Fonctionnaire dirigeant du SECM en date du 04/05/2017 et condamne Mme A. au paiement du solde des amendes qui s'élève à un montant de 12.953,58 euros (L.C. 14.07.1994, art. 157).
- 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.

Ainsi décidé à Bruxelles.

Le Fonctionnaire-dirigeant,