

CHAMBRE DE RECOURS
DECISION PRONONCEE LE 14-11-2019
Numéro de rôle FB-005-18

EN CAUSE DE : **Madame A.**

Infirmière brevetée

Partie appelante, comparissant personnellement et assistée par 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,

Partie intimée, représentée par le Docteur C. médecin-inspecteur-directeur, et par Madame D., juriste.

1. PROCEDURE

Le dossier de la Chambre de recours contient notamment les pièces suivantes :

- la requête et les pièces de Madame A., entrées au greffe le 22 février 2018 ;
- les conclusions en réponse du SECM, entrées au greffe le 7 mai 2018 ;
- les convocations en prévision de l'audience du 26 septembre 2019.

Lors de l'audience du 26 septembre 2019, la Chambre de recours entend les parties.

2. OBJET DE L'APPEL - PRETENTIONS DES PARTIES

Dans la requête, entrée au greffe le 22 février 2018, Madame A. interjette appel de la décision du 18 janvier 2018 de la Chambre de première instance.

Madame A. demande à la Chambre de recours de :

- recevoir son recours ;
- apprécier différemment les cas de Madame E. et de Madame F ;
- en tout état de cause, lui accorder la plus grande clémence.

Le SECM demande à la Chambre de recours de :

- déclarer l'appel recevable et non fondé ;

- confirmer, en tout point, la décision de la Chambre de première instance du 18 janvier 2018.

3. FAITS ET ANTECEDENTS

Il résulte des pièces du dossier que la situation factuelle et les antécédents de la procédure administrative se présentent comme suit.

Madame A. obtient son diplôme d'infirmière brevetée en 2001.

A la suite d'une enquête menée par le SECM, des auditions ont lieu en juin 2015, un procès-verbal de constat est dressé le 19 juin 2015 et des constats téléphoniques interviennent en juin, août et septembre 2015.

Dans une note de synthèse, le SECM formule, envers Madame A., six griefs, dont le premier est constitutif de l'infraction visée à l'article 73bis, 1°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 (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) et les suivants sont constitutifs de l'infraction visée à l'article 73bis, 2°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 (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 coordonnée le 14 juillet 1994, dans ses arrêtés et règlements d'exécution, dans les conventions et accords conclus en vertu de cette loi) :

- en ce qui concerne le grief n° 1 (prestations non effectuées), il s'agit de 772 prestations, pour 6 assurés, au cours de la période du 1^{er} juin 2013 au 30 novembre 2014, à concurrence d'un indu de 11.080,39 euros ;
- en ce qui concerne le grief n° 2 (prestations non conformes ; forfaits B déclassés en T7), il s'agit de 577 prestations, pour 1 assurée, au cours de la période du 1^{er} mai 2013 au 30 novembre 2014, à concurrence d'un indu différentiel de 15.785,82 euros ;
- en ce qui concerne le grief n° 3 (prestations non conformes ; forfaits C déclassés en forfaits B), il s'agit de 55 prestations, pour 1 assurée, au cours de la période du 16 avril 2014 au 9 juin 2014, à concurrence d'un indu différentiel de 789,30 euros ;
- en ce qui concerne le grief n° 4 (prestations non conformes ; forfaits C déclassés en forfaits B), il s'agit de 84 prestations, pour 1 assurée, au cours de la période du 20 mars 2013 au 11 juin 2013, à concurrence d'un indu différentiel de 1.056,16 euros ;
- en ce qui concerne le grief n° 5 (prestations non conformes ; forfaits B déclassés en forfaits A), il s'agit de 59 prestations, pour 1 assurée, au

cours de la période du 27 mai 2014 au 24 juillet 2014, à concurrence d'un indu différentiel de 1.147,29 euros ;

- en ce qui concerne le grief n° 6 (prestations non conformes ; forfaits B déclassés en forfaits A), il s'agit de 171 prestations, pour 1 assurée, au cours de la période du 21 juin 2013 au 13 décembre 2013, à concurrence d'un indu différentiel de 3.247,47 euros.

Par lettre recommandée du 1^{er} décembre 2015, le SECM fait parvenir la note de synthèse à Madame A. et l'invite à faire parvenir ses moyens de défense.

Dans une décision du 27 avril 2016, le Fonctionnaire-dirigeant du SECM :

- déclare les griefs établis ;
- condamne Madame A. à rembourser la valeur des prestations indues s'élevant à la somme de 33.106,43 euros ;
- condamne Madame A., pour les prestations non effectuées, à payer une amende de 150 % du montant des prestations litigieuses (16.620,58 euros), dont 100 % en amende effective (soit 11.080,39 euros) et 50 % en amende assortie d'un sursis d'une durée de trois ans (soit 5.540,19 euros) ;
- condamne Madame A., pour les prestations non conformes, à payer une amende de 100 % du montant des prestations litigieuses (22.026,04 euros), dont 50 % en amende effective (soit 11.013,02 euros) et 50 % en amende assortie d'un sursis d'une durée de trois ans (soit 11.013,02 euros) ;
- dit qu'à défaut de paiement des sommes dues dans les trente jours de la notification de la décision, des intérêts au taux légal en matière sociale, tel que prévu à l'article 156, § 1^{er}, alinéa 2, de la loi ASSI coordonnée, seront dus, de plein droit, à compter de l'expiration du délai précité.

Par courriers du 27 avril 2016, cette décision est notifiée aux parties.

Par requête, entrée le 2 juin 2016 au greffe de la Chambre de première instance, Madame A. forme un recours contre la décision du 27 avril 2016.

Dans une décision du 18 janvier 2018, la Chambre de première instance :

- déclare le recours recevable et partiellement fondé ;
- estime que le grief n° 4 n'est pas établi et que le grief n° 5 est partiellement établi ;
- confirme partiellement la décision du Fonctionnaire-dirigeant ;
- condamne Madame A. à rembourser la valeur des prestations indues, soit la somme de 31.681,76 euros, dont à déduire la somme déjà remboursée ;
- condamne Madame A. à payer :
 - pour les prestations non effectuées, une amende de 100 % du montant des prestations litigieuses (11.080,39 euros) dont 50 % en amende effective (soit 5.540,19 euros) et 50 % en amende assortie d'un sursis de trois ans (soit 5.540,19 euros) ;

- pour les prestations non conformes, une amende de 50 % du montant des prestations litigieuses (10.300,69 euros), assortie d'un sursis intégral de trois ans ;
- o dit qu'à défaut de paiement des sommes dues dans les trente jours de la notification de la décision, des intérêts au taux légal en matière sociale, tel que prévu à l'article 156, § 1^{er}, alinéa 2, de la loi ASSI coordonnée, seront dus, de plein droit, à compter de l'expiration du délai précité.

Par courriers du 23 janvier 2018, cette décision du 18 janvier 2018 est notifiée aux parties.

Par requête, entrée le 22 février 2018 au greffe de la Chambre de recours, Madame A. interjette appel de la décision du 18 janvier 2018.

4. POSITION DE LA CHAMBRE DE RECOURS

4.1. Recevabilité

a) En droit

A peine d'irrecevabilité, un recours peut être introduit devant la Chambre de recours dans le mois, à compter de la notification de la décision de la Chambre de première instance, selon l'article 156, § 2, alinéa 1, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

A peine d'irrecevabilité, la requête est datée et signée par la partie requérante et elle contient certaines mentions afférentes à l'identification de la partie requérante, à l'objet du recours et à l'identification de la partie adverse, selon l'article 4 de l'arrêté royal du 9 mai 2008 fixant les règles de fonctionnement et le Règlement de procédure des Chambres de première instance et des Chambres de recours instituées auprès du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI.

b) En l'espèce

L'appel de Madame A. est introduit dans le délai légal et respecte les modalités réglementaires.

Cet appel est recevable.

4.2. Fondement

a) En droit

I. Infractions

Il est interdit aux dispensateurs de soins et assimilés, de rédiger, faire rédiger, délivrer ou faire délivrer des documents réglementaires permettant le

remboursement des prestations de santé lorsque les prestations n'ont pas été effectuées ou fournies ou lorsqu'elles ont été effectuées ou fournies durant une période d'interdiction temporaire ou définitive d'exercice de la profession, selon l'article 73bis, 1°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

Il est interdit aux dispensateurs de soins et assimilés de rédiger, faire rédiger, délivrer ou faire délivrer les documents réglementaires permettant le remboursement des prestations de santé lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans la présente loi, dans ses arrêtés et règlements d'exécution, dans les conventions et accords conclus en vertu de cette même loi, selon l'article 73bis, 2°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

Les infractions visées dans la disposition précitée relèvent des infractions non intentionnelles, qui ne supposent pas un dol, et plus précisément des infractions réglementaires, qui ne requièrent aucun manque de vigilance, de prudence ou de précaution et qui sont punissables par le seul fait de la transgression d'une disposition légale ou réglementaire, à condition que ladite transgression soit commise librement et consciemment.

L'existence d'une cause de justification s'oppose à ce qu'une infraction réglementaire puisse être imputée à son auteur et, par conséquent, entraîner une sanction dans le chef de celui-ci.

L'erreur ou l'ignorance ne peuvent être retenues comme causes de justification que pour autant qu'elles soient invincibles, c'est-à-dire lorsqu'il peut se déduire des circonstances que l'auteur de l'infraction a agi comme l'aurait fait toute personne raisonnable et prudente¹.

La complexité de la législation en vigueur ne peut toutefois être source d'une erreur invincible².

De plus, un prestataire de soins a un devoir de vigilance et doit s'informer sur la manière d'attester et de prescrire les soins qu'il dispense³.

II. Soins infirmiers - Soins infirmiers - Echelle d'évaluation

L'article 8, § 1^{er}, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé est consacré aux soins donnés par des infirmiers gradués ou assimilés, des accoucheuses, des infirmiers brevetés, des hospitaliers /assistants en soins hospitaliers ou assimilés.

Les séances de soins infirmiers recèlent les codes suivants :

¹ Cass. (1^{er} ch.), 16 septembre 2005, rôle n° C.040276.F, <http://jure.juridat.just.fgov.be>.

² C. HENNEAU et J. VERHAEGEN, *Droit pénal général*, Bruylant, Bruxelles, 1991, p. 338.

³ C.E., arrêt n° 100.814, 14 novembre 2001, inédit.

- code 424351 (prestations effectuées au cours d'une séance de soins infirmiers au domicile ou à la résidence du bénéficiaire) = soins de plaie(s) complexes (prestation technique de soins infirmiers) ;
- code 424513 (prestations effectuées au cours d'une séance de soins infirmiers durant le week-end ou un jour férié au domicile ou à la résidence du bénéficiaire) = soins de plaie(s) complexes (prestation technique de soins infirmiers) ;
- code 425014 (prestations effectuées au cours d'une séance de soins infirmiers au domicile ou à la résidence du bénéficiaire) = première prestation de base de la journée de soins (prestation de base) ;
- code 425412 (prestations effectuées au cours d'une séance de soins infirmiers durant le week-end ou un jour férié au domicile ou à la résidence du bénéficiaire) = première prestation de base de la journée de soins (prestation de base) ;
- code 425110 (prestations effectuées au cours d'une séance de soins infirmiers au domicile ou à la résidence du bénéficiaire) = soins d'hygiène (toilettes) (prestation technique de soins infirmiers) ;
- code 425515 (prestations effectuées au cours d'une séance de soins infirmiers durant le week-end ou un jour férié au domicile ou à la résidence du bénéficiaire) = soins d'hygiène (toilettes) (prestation technique de soins infirmiers).

Les honoraires forfaitaires par journée de soins pour des patients lourdement dépendants recèlent les codes suivants :

- code 425272 (prestations effectuées au cours d'une séance de soins infirmiers au domicile ou à la résidence du bénéficiaire) = 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 « se déplacer » et/ou le critère « aller à la toilette » (score 3 ou 4) ;
- code 425670 (prestations effectuées au cours d'une séance de soins infirmiers durant le week-end ou un jour férié au domicile ou à la résidence du bénéficiaire) = 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 se déplacer » et/ou le critère « aller à la toilette » (score 3 ou 4) ;
- code 425294 (prestations effectuées au cours d'une séance de soins infirmiers au domicile ou à la résidence du bénéficiaire) = 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), dépendance pour le critère « se déplacer » 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) ;

- code 425692 (prestations effectuées au cours d'une séance de soins infirmiers durant le week-end ou un jour férié au domicile ou à la résidence du bénéficiaire) = 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), dépendance pour le critère « se déplacer » 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) ;
- code 425316 (prestations effectuées au cours d'une séance de soins infirmiers au domicile ou à la résidence du bénéficiaire) = 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), dépendance pour le critère « se déplacer » (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) ;
- code 425714 (prestations effectuées au cours d'une séance de soins infirmiers durant le week-end ou un jour férié au domicile ou à la résidence du bénéficiaire) = 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), dépendance pour le critère « se déplacer » (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).

L'article 8, § 3, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé prévoit que les critères de dépendance physique précités sont évalués sur base d'une échelle d'évaluation reprise ci-après : « (...)»

Dépendance pour se laver :

(1) peut complètement se laver sans aucune aide;

(2) a besoin d'une aide partielle pour se laver sous la ceinture;

(3) a besoin d'une aide partielle pour se laver tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture;

(4) doit être entièrement aidé pour se laver tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture.

Dépendance pour s'habiller :

- (1) peut complètement s'habiller et se déshabiller sans aucune aide;*
- (2) a besoin d'une aide partielle pour s'habiller sous la ceinture (sans tenir compte des lacets);*
- (3) a besoin d'une aide partielle pour s'habiller tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture;*
- (4) doit être entièrement aidé pour s'habiller tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture.*

Dépendance pour se déplacer :

- (1) peut se lever et se déplacer de façon entièrement indépendante, sans aide mécanique, ni aide de tiers;*
- (2) peut se lever de sa chaise ou de son lit de façon indépendante, mais utilise des auxiliaires mécaniques pour se déplacer de façon autonome (béquilles, chaise roulante);*
- (3) a absolument besoin de l'aide de tiers pour se lever et se déplacer;*
- (4) est grabataire ou en chaise roulante et dépend entièrement des autres pour se déplacer.*

Dépendance pour aller à la toilette :

- (1) peut aller seul à la toilette ou s'essuyer;*
- (2) a besoin de l'aide partielle de tiers pour aller à la toilette ou s'essuyer;*
- (3) doit être entièrement aidé pour aller à la toilette ou s'essuyer;*
- (4) ne peut aller à la toilette ni sur une chaise percée.*

Dépendance pour incontinence (urines/selles) :

- (1) est continent pour les urines et les selles;*
- (2) est incontinent accidentellement pour les urines ou les selles (sonde vésicale ou anus artificiel compris);*
- (3) est incontinent pour les urines (y compris exercices de miction);*
- (4) est incontinent pour les urines et les selles.*

Dépendance pour manger :

- (1) peut manger et boire seul;*
- (2) a besoin d'une aide préalable pour manger ou boire;*
- (3) a besoin d'une aide partielle pendant qu'il mange ou boit;*
- (4) le patient est totalement dépendant pour manger et boire.(...)"*

Cette échelle d'évaluation (Katz), qui permet de déterminer le degré de dépendance physique des patients, consiste dès lors en un questionnaire évaluant leurs capacités, allant de l'absence complète d'aide à la nécessité d'une aide totale, dans six domaines de la vie quotidienne (« se laver », « s'habiller », « se déplacer », « aller à la toilette », « incontinence » et « manger »).

Des directives sont établies par l'INAMI quant à l'utilisation de l'échelle d'évaluation, de manière à aider les prestataires à déterminer le score à attribuer pour chaque domaine, et sont publiées sur son site internet⁴.

Elles prévoient notamment que : « (...)

Chaque critère doit être évalué en tenant compte des limitations quelle que soit leur origine (par exemple une affection cardiorespiratoire, une affection locomotrice, une affection psychique, etc.) et ce, indépendamment des soins dispensés.

Se laver

1. Est capable de se laver complètement sans aucune aide.

Le patient est capable de se laver complètement sans aucune aide et sans aucune forme de surveillance ou de stimulation.

2. A besoin d'une aide partielle pour se laver au-dessus ou en dessous de la ceinture.

Il existe deux possibilités : a) Le patient a besoin d'une aide active pour se laver au-dessus ou en dessous de la ceinture, ou b) Le patient est capable de se laver au-dessus ou en dessous de la ceinture, moyennant une stimulation et sans la nécessité d'une surveillance et/ou d'une présence continue(s). La situation où seul le dos ou seuls les pieds sont lavés répond au score '2'.

3. A besoin d'une aide partielle pour se laver tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture.

Il existe deux possibilités : a) Chaque fois que le patient se lave, au-dessus et en dessous de la ceinture, il a besoin d'aide pour se laver au-dessus ou en dessous de la ceinture, ou b) Le patient est encore capable de se laver partiellement tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture, moyennant une stimulation individuelle continue (par exemple vocale) et une surveillance active continue. La situation où seuls le dos et les pieds sont lavés répond au score '3'.

4. Doit être entièrement aidé pour se laver tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture.

Lorsqu'une tierce personne ne le fait pas, le patient n'est pas lavé.

S'habiller

1. Est capable de s'habiller et de se déshabiller complètement sans aucune aide.

Le patient est capable de s'habiller et de se déshabiller complètement de sa propre initiative, sans aucune aide et sans aucune forme de surveillance ou de stimulation. Il s'agit de patients qui savent ce qu'ils doivent porter et qui changent à temps de vêtements. Le patient qui éprouve uniquement des difficultés pour nouer ses lacets appartient à cette catégorie.

2. A besoin d'une aide partielle pour s'habiller au-dessus ou en dessous de la ceinture (sans tenir compte des lacets).

Il existe deux possibilités : a) Le patient a besoin d'une aide partielle active pour s'habiller et/ou se déshabiller au-dessus ou en dessous de la ceinture (par exemple pour enfiler un corset, des bas à varices), ou b) Le patient est capable de s'habiller et/ou de se déshabiller au-dessus ou en dessous de la ceinture moyennant une stimulation (par exemple la préparation de ses vêtements) et sans la nécessité d'une surveillance continue et/ou d'une présence continue.

3. A besoin d'une aide partielle pour s'habiller tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture.

⁴ Cf. www.riziv.fgov.be.

Il existe trois possibilités : a) Le patient a chaque fois besoin d'une aide active partielle pour s'habiller et/ou se déshabiller tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture, ou b) Le patient est encore capable de s'habiller et/ou de se déshabiller partiellement tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture, moyennant une stimulation individuelle continue (par exemple vocale) et une surveillance active continue, ou c) Le patient a besoin d'aide pour mettre l(es) orthèse(s) et/ou la (les) prothèse(s) indispensable(s) à son autonomie locomotrice (membres supérieurs et/ou membres inférieurs). Sans cette aide, le patient n'est pas capable de s'habiller décentement.

4. Doit être entièrement aidé pour s'habiller tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture.

La situation du patient a tellement évolué qu'il ne s'habille ou ne se déshabille plus du tout. Si personne ne l'aide à s'habiller, le patient porte les mêmes vêtements jour et nuit.

<i>Se déplacer</i>

Le critère «transfert» exprime tout changement de position (de la position couchée à la station debout, de la position assise à la station debout, de la position couchée à la position assise et vice versa). Le critère « déplacements » implique le fait d'aller d'un point à l'autre. Aucun moyen d'immobilisation ou de contention n'est pris en considération pour l'évaluation de ce critère.

1. Est autonome pour le transfert et se déplace de façon entièrement indépendante, sans auxiliaire(s) mécanique(s), ni aide de tiers.

Le patient est autonome pour le transfert et est capable de se déplacer sans aucune aide de tiers ou d'aide(s) mécanique(s), comme il l'a toujours fait.

2. Est autonome pour le transfert et ses déplacements moyennant l'utilisation d'auxiliaire(s) mécanique(s) (béquille(s), chaise roulante, ...).

Le patient est autonome pour le transfert, éventuellement à l'aide d'auxiliaire(s) mécanique(s). Pour se déplacer, le patient utilise lui-même des aides à la marche telles des béquilles, une tribune, une chaise roulante, etc. ou s'appuie sur les meubles ; cela nécessite, le cas échéant, l'aide occasionnelle d'un tiers.

3. A absolument besoin de l'aide de tiers pour au moins un des transferts et/ou ses déplacements.

Il existe deux possibilités : a) Le patient n'est jamais capable de se lever du lit le matin et/ou de se coucher le soir sans l'aide de tiers (de la position couchée à la station debout ou vice versa), et/ou le patient n'est jamais capable de se mettre debout ou de s'asseoir sans l'aide de tiers (de la position assise à la station debout ou vice versa), et/ou le patient n'est jamais capable de s'asseoir ou de se coucher sans l'aide de tiers (de la position couchée à la position assise et vice versa) et/ou b) Le patient a besoin de l'aide de tiers pour chaque déplacement.

4. Est grabataire ou en chaise roulante et dépend entièrement des autres pour se déplacer.

Le patient qui bénéficie d'une voiturette électronique remboursée et qui y séjourne la plus grande partie de la journée, tant pour les déplacements intérieurs qu'extérieurs, obtient un score 4. Il s'agit d'un patient qui présente des difficultés complètes, démontrées et définitives de déplacement. Il ne peut se tenir debout ou marcher. Un transfert autonome de la voiturette vers une chaise, le fauteuil ou le lit ou inversement est impossible sans l'aide d'une tierce personne.

<i>Aller à la toilette</i>

Ce critère exprime tant l'utilisation des WC que celle de la chaise percée placée à proximité immédiate du patient. Ce critère est chaque fois une combinaison de 3 items : se déplacer et s'habiller (baisser et relever le pantalon et éventuellement retirer et replacer du matériel d'incontinence) et s'essuyer.

1. Est capable d'aller seul à la toilette, de s'habiller et de s'essuyer.

2. A besoin de l'aide partielle de tiers pour se rendre aux toilettes ou s'habiller ou s'essuyer.

Le patient a besoin d'aide pour un des trois items : se déplacer ou s'habiller ou s'essuyer.

3. Doit être entièrement aidé pour se rendre aux toilettes et/ou s'habiller et/ou s'essuyer.

Le patient a besoin d'aide pour deux des trois items : se déplacer et/ou s'habiller et/ou s'essuyer.

4. Doit être entièrement aidé pour se rendre aux toilettes/chaise percée et s'habiller et s'essuyer.

Le patient a besoin d'aide pour les trois items : se déplacer et s'habiller et s'essuyer.

Continence

(...)

1. Est continent pour les urines et les selles.

2. Est accidentellement incontinent pour les urines ou les selles (sonde vésicale ou anus artificiel compris).

Il existe trois possibilités : a) Le patient présente occasionnellement, c'est-à-dire à des moments irréguliers du nyctémère, des pertes involontaires d'urine et/ou de fèces, comme une incontinence due au stress ou une incontinence d'effort. Une personne qui est exclusivement incontinente pour les urines pendant la nuit doit obtenir un score «2». Une personne qui est incontinente pour les urines pendant la nuit et occasionnellement incontinente pour les urines pendant la journée reçoit également un score "2", ou b) Le patient porte un anus artificiel ou une urostomie ou une sonde à demeure, ou c) Le patient réalise son autosondage.

3. Est incontinent pour les urines (y compris exercices de miction) ou les selles.

Il existe deux possibilités : a) Le patient présente une perte involontaire d'urine ou de fèces de façon permanente ou le patient n'est continent que grâce à des exercices de miction (minimum 4 fois par jour une aide à la toilette individualisée avec mention dans le plan de soins, dans le dossier infirmier ou le dossier de soins) ou cathétérisation par un tiers, ou b) Le patient présente en permanence un comportement inadapté lors de l'élimination de l'urine ou des fèces.

4. Est incontinent pour les urines et les selles.

Il existe deux possibilités : a) Le patient présente une perte involontaire d'urine et de fèces de façon permanente. Il est donc incontinent pour l'urine et les selles, ou b) Le patient présente en permanence un comportement inadapté lors de l'élimination de l'urine et des fèces.

Manger

Est capable de manger et de boire seul

1. Le patient est capable de manger et de boire de manière autonome.

2. A besoin d'une aide préalable pour manger ou boire.

Il existe deux possibilités : a) Le patient a surtout besoin d'une aide préalable pour manger ou boire (par exemple tartiner, couper la viande, servir la boisson,...), ou b) Le patient est autonome pour manger et boire s'il dispose de moyens d'aide adaptés ou de l'aide occasionnelle de tiers ou moyennant une stimulation et sans la nécessité d'une surveillance et/ou d'une présence continue.

3. A besoin d'une aide partielle pendant qu'il mange ou boit.

Il existe deux possibilités : a) Le patient a besoin de l'aide partielle de tiers au moins pendant tout le repas principal, ou b) Le patient reçoit une stimulation (par exemple vocale) individualisée continue (une personne qui s'occupe de maximum 3 patients pour la prise du repas durant toute la durée de celui-ci) et une surveillance active continue lors de la prise de nourriture ou de boissons.

4. Le patient est totalement dépendant pour manger et boire.

Pour manger, le patient est totalement dépendant de tiers ou d'une technique de nutrition (alimentation par sonde, alimentation entérale ou parentérale,...). (...) ».

III. Réparation - Sanction

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 sont appliqués aux dispensateurs de soins et assimilés qui ne se conforment pas aux dispositions de l'article 73bis, 1^o, selon l'article 142, § 1^{er}, alinéa 1, 1^o, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

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 de la valeur des mêmes prestations sont appliqués aux dispensateurs de soins et assimilés qui ne se conforment pas aux dispositions de l'article 73bis, 2^o, selon l'article 142, § 1^{er}, alinéa 1, 2^o, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

Lorsque les prestations ont été perçues, pour son propre compte, par une personne physique ou morale, celle-ci est solidairement tenue au remboursement avec le dispensateur de soins, selon l'article 164, alinéa 2, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

Le fait que la valeur des prestations indûment attestées ait été remboursée n'empêche pas qu'une amende équivalente à un pourcentage de la valeur des mêmes prestations puisse être infligée au dispensateur de soins.

La Chambre de recours peut décider qu'il sera sursis, en tout ou en partie, à l'exécution des décisions infligeant les amendes, selon l'article 157, § 1, alinéa 1,

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

L'octroi du sursis est par conséquent laissé à l'appréciation de la Chambre de recours.

Le sursis, d'une durée d'une à trois années, peut être accordé lorsque dans les trois ans précédant le prononcé, aucune amende administrative n'a été infligée et qu'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'INAMI, selon l'article 157, § 1, alinéa 2, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

Les sommes dues sont payées dans les trente jours de la notification de la décision de la Chambre de recours ; à défaut de paiement dans ce délai, les sommes restant dues produisent, de plein droit, des intérêts au taux d'intérêt légal en matière sociale, tel que prévu à l'article 2, § 3, de la loi du 5 mai 1865 relative au prêt à intérêt, à compter de l'expiration de ce délai, selon l'article 156, § 1^{er}, alinéa 2, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

IV. Exécution provisoire

Les décisions des Chambres de recours sont exécutoires de plein droit par provision, nonobstant tout recours, selon l'article 156, § 1^{er}, alinéa 1, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

Dans le cas où le débiteur ne s'acquitte pas des sommes dues, les organismes assureurs en application de l'article 206*bis*, § 1^{er}, ou l'Administration générale de la perception et du recouvrement en application de l'article 206*bis*, § 2, peuvent être chargés du recouvrement des montants dus, selon l'article 156, § 1^{er}, alinéa 3, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

b) En l'espèce

Les cas de Madame E. et de Madame F., qui font l'objet d'une contestation de la part de Madame A., ont trait respectivement au grief n° 1 et au grief n° 2.

Le grief n° 1 imputé par le SECM à Madame A. en ce qui concerne Madame E. réside en une attestation, tous les jours, des soins de plaie complexes.

Or, il résulte de la déclaration de la patiente, en date du 4 juin 2015, qu'elle est suivie par Madame A. depuis 2011 et que les pansements ont été réalisés initialement tous les jours de la semaine et le week-end et ensuite un jour sur deux.

La déclaration de l'infirmière remplaçante, Madame G., en date du 26 juin 2015 (« *C'était un pansement un jour sur 2 (...) J'avais la directive que c'était 1 pansement un jour sur 2* »), apporte la confirmation que les pansements n'étaient réalisés qu'un jour sur deux.

Une simple vérification du pansement, laquelle n'est au demeurant pas établie, ne permet pas d'attester des soins de plaie complexes.

Les pièces produites par Madame A. ne modifient en rien ce qui précède.

Il s'ensuit que le grief n° 1 relatif à Madame E. est établi.

Le grief n° 2 imputé par le SECM à Madame A. en ce qui concerne Madame F. réside en une surévaluation du niveau de dépendance de celle-ci, à la lumière de l'échelle de Katz, dans la mesure où un T7 aurait dû être attesté au lieu du forfait B 425294 (semaine) et du forfait B 425692 (week-end), au cours de la période du 1^{er} mai 2013 au 30 novembre 2014.

L'évaluation du degré de dépendance de Madame F. fait l'objet des cotations suivantes :

Madame A.	4-4- 3 -3-2
SECM	4-4- 2 -2-3-2

Le litige porte donc sur le critère « se déplacer » et sur le critère « aller à la toilette », dès lors que ces critères nécessitent deux scores de « 3 » ou « 4 » pour le forfait B (et un score de « 3 » ou « 4 » pour le forfait A).

En ce qui concerne le critère « se déplacer », la Chambre de recours constate que :

- Madame H., fille de Madame F., déclare, en date du 5 juin 2015 et en présence de sa sœur, Madame I., que leur maman se déplace à l'aide d'une canne à trois pieds, d'un gadot ou d'une chaise roulante, peut se lever seule de son lit, peut s'asseoir et se relever seule de la chaise ;
- lors de l'audition précitée, Madame F. sort de sa chambre seule et va jusqu'aux toilettes avec son gadot ;
- lors d'un contact téléphonique en date du 22 juin 2015, le Docteur J., qui est le médecin traitant de Madame F., précise que celle-ci circule avec son gadot et parvient, quoique cela ne soit pas facile, à faire seule ses transferts et déplacements ;
- lors d'un contact téléphonique en date du 22 juin 2015, Madame K., kinésithérapeute, précise que Madame F. utilise un gadot depuis 2010 et suppose qu'elle allait seule aux toilettes ; elle ajoute qu'en sa présence, Madame F. marchait sans aide mécanique, si ce n'est qu'elle la soutenait par le bras ;
- Madame G., infirmière remplaçante de Madame A., déclare, en date du 26 juin 2015, qu'elle n'a jamais dû aider Madame F. pour les transferts et les déplacements, dans la mesure où elle se déplaçait seule avec son gadot, notamment jusqu'à la salle de bains ;

- Madame F. a besoin d'une aide occasionnelle, une fois par semaine, pour monter à l'étage et prendre sa douche, tandis que le restant des toilettes se fait au rez-de-chaussée.

Il en résulte que Madame F. n'a pas **absolument** besoin de l'aide de tiers pour se lever et se déplacer, en manière telle que sa situation ne correspond pas au score de « 3 » qui est visé dans l'article 8, § 3, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984.

Il est donc justifié d'attribuer, pour ce critère, un score de « 2 », tel que celui retenu par le SECM.

En ce qui concerne le critère « aller à la toilette », la Chambre de recours constate que :

- Madame H., fille de Madame F., déclare, en date du 5 juin 2015 et en présence de sa sœur, Madame I., que leur maman va seule à la toilette, peut se déshabiller, changer son linge, s'essuyer et se rhabiller seule ;
- lors de l'audition précitée, Madame F. sort de sa chambre seule et va jusqu'aux toilettes avec son gadot ;
- lors d'un contact téléphonique en date du 22 juin 2015, le Docteur J., qui est le médecin traitant de Madame F., précise que celle-ci va à la toilette seule et peut changer son linge seule.

Il en résulte que Madame F. ne doit pas être **entièrement** aidée pour aller à la toilette ou s'essuyer, en manière telle que sa situation ne correspond pas au score de « 3 » qui est visé dans l'article 8, § 3, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984.

Il est donc justifié d'attribuer, pour ce critère, un score de « 2 », tel que celui retenu par le SECM.

Les pièces produites par Madame A. n'emportent pas la conviction de la Chambre de recours ce qu'il conviendrait de modifier ce qui précède.

L'argument de Madame A. relatif au fait que le forfait B a été admis, dans le cadre d'un contrôle effectué par un organisme assureur, ne résiste pas à l'analyse, car, outre le fait que ladite évaluation datait de janvier 2013, soit trois mois avant le début de la période litigieuse, une évaluation antérieure, quelle qu'elle soit, ne peut nullement lier, a fortiori dans une matière qui relève de l'ordre public, un dispensateur de soins dans ses évaluations ultérieures.

Il s'ensuit que le grief n° 2 est établi.

Par ailleurs, dans son appréciation des amendes administratives et du sursis, la Chambre de recours estime devoir tenir compte conjointement des éléments suivants :

- la gravité des infractions, eu égard à la violation de la législation afférente à l'assurance soins de santé, a fortiori dans le chef d'un acteur fondamental de la sécurité sociale, soit un dispensateur de soins ;
- le volume des sommes portées en compte de l'assurance soins de santé de manière irrégulière, vu que l'indu s'élève, comme la Chambre de première instance le constate dans un volet de la décision du 18 janvier 2018, à la somme de 31.681,76 euros ;
- l'ampleur de la période litigieuse, qui s'étend, en ce qui concerne les griefs établis, du 1^{er} mai 2013 au 30 novembre 2014 ;
- le nombre important de griefs - un grief de prestations non effectuées et quatre griefs de prestations non conformes - qui sont établis, totalement ou partiellement ;
- l'existence d'un remboursement volontaire ;
- l'absence d'antécédents dans le chef de Madame A.

Il en résulte que la Chambre de recours considère que des amendes respectives de 100 % du montant de la valeur des prestations indues pour les prestations non effectuées, moyennant un sursis qui porte sur 50 % du montant de l'amende durant un délai d'épreuve de trois ans, et de 50 % du montant de la valeur des prestations indues pour les prestations non conformes, moyennant un sursis qui porte sur 100 % du montant de l'amende durant un délai d'épreuve de trois ans, constituent des sanctions proportionnées par rapport aux infractions et adéquates en fonction des éléments relevés ci-avant.

Une telle condamnation revient à infliger à Madame A. des amendes effectives qui correspondent respectivement à 50 % du montant de la valeur des prestations indues pour les prestations non effectuées et à 0 % du montant de la valeur des prestations indues pour les prestations non conformes, alors que les seuils maxima des amendes susceptibles d'être appliquées atteignent respectivement 200 % et 150 % du montant de la valeur des prestations indues.

Alors que le montant total des prestations litigieuses atteint la somme de 31.681,76 euros, le montant total des amendes effectives à régler par Madame A. ne s'élève qu'à 5.540,19 euros, ce qui demeure tout à fait mesuré, et, en tout état de cause, adéquat en regard des infractions établies et de la situation de l'intéressée.

Dans ces conditions, l'appel principal n'est pas fondé et la décision du 18 janvier 2018 doit être confirmée, en ce que la Chambre de première instance :

- déclare le recours partiellement fondé ;
- confirme partiellement la décision du Fonctionnaire-dirigeant ;
- condamne Madame A. à rembourser la valeur des prestations indues, soit la somme de 31.681,76 euros, dont à déduire la somme déjà remboursée ;
- condamne Madame A. à payer :
 - pour les prestations non effectuées, une amende de 100 % du montant des prestations litigieuses (11.080,39 euros) dont 50 % en amende effective (soit 5.540,19 euros) et 50 % en amende assortie d'un sursis de trois ans (soit 5.540,19 euros) ;

- pour les prestations non conformes, une amende de 50 % du montant des prestations litigieuses (10.300,69 euros), assortie d'un sursis intégral de trois ans ;
- o dit qu'à défaut de paiement des sommes dues dans les trente jours de la notification de la décision, des intérêts au taux légal en matière sociale, tel que prévu à l'article 156, § 1^{er}, alinéa 2, de la loi ASSI coordonnée, seront dus, de plein droit, à compter de l'expiration du délai précité.

La présente décision est exécutoire de plein droit par provision, nonobstant tout recours.

POUR CES MOTIFS,

LA CHAMBRE DE RECOURS,

Dit que l'appel est recevable.

Dit que l'appel n'est pas fondé.

Confirme la décision du 18 janvier 2018, en ce que la Chambre de première instance :

- o déclare le recours partiellement fondé ;
- o confirme partiellement la décision du Fonctionnaire-dirigeant ;
- o condamne Madame A. à rembourser la valeur des prestations indues, soit la somme de 31.681,76 euros, dont à déduire la somme déjà remboursée ;
- o condamne Madame A. à payer :
 - pour les prestations non effectuées, une amende de 100 % du montant des prestations litigieuses (11.080,39 euros) dont 50 % en amende effective (soit 5.540,19 euros) et 50 % en amende assortie d'un sursis de trois ans (soit 5.540,19 euros) ;
 - pour les prestations non conformes, une amende de 50 % du montant des prestations litigieuses (10.300,69 euros), assortie d'un sursis intégral de trois ans ;
- o dit qu'à défaut de paiement des sommes dues dans les trente jours de la notification de la décision, des intérêts au taux légal en matière sociale, tel que prévu à l'article 156, § 1^{er}, alinéa 2, de la loi ASSI coordonnée, seront dus, de plein droit, à compter de l'expiration du délai précité.

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

La présente décision est rendue, après délibération, par la Chambre de recours instituée auprès du Service d'évaluation et de contrôle médicaux, composée de:

Monsieur Christophe BEDORET, président, Madame Jacqueline ORBAN et Monsieur Meidhi DALLATURCA, membres présentés par les associations représentatives des praticiens de l'art infirmier, le Docteur Fabienne EVELETTE et le Docteur Marie-Anne RAIMONDI, membres présentés par les organismes assureurs.

La présente décision est prononcée à l'audience du 14 novembre 2019 par Monsieur Christophe BEDORET, président, assisté de Madame Caroline METENS, greffier.

Caroline METENS
Greffier

Christophe BEDORET
Président