

DECISION DE LA CHAMBRE DE PREMIERE INSTANCE DU 5 OCTOBRE 2023

Numéro de rôle FA-001-23

EN CAUSE DE : **SERVICE D'ÉVALUATION ET DE CONTRÔLE MÉDICAUX**,
institué au sein de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité,
établi à 1210 Bruxelles, avenue Galilée 5/01,
N° BCE : 0206.653.946 ;

Représenté par le Docteur C., médecin-inspecteur et par Madame D., juriste.

Partie requérante ;

CONTRE : **Madame A.**
Infirmière brevetée
Et SRL B.

Ne comparaissent pas et ne sont pas représentées.

Parties défenderesses.

I. PROCEDURE

La Chambre de première instance a pris en compte dans son délibéré les pièces inventoriées du dossier de la procédure, et notamment :

- La requête du service d'évaluation et de contrôle médicaux (ci-après le SECM) ;
- La note de synthèse et le dossier du SECM ;
- Les différentes convocations en vue de l'audience du 14 septembre 2023.

Madame A. n'a pas conclu.

Seul le SECM a comparu à l'audience du 14.09.2023, audience à laquelle les débats ont été clos et le dossier pris en délibéré.

Il a été fait application de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnité coordonnée le 14 juillet 1994 (ci-après loi ASSI) et de l'arrêté royal du 9 mai 2008 fixant les règles de fonctionnement et le règlement de procédure des chambres de première instance et de recours.

II. OBJET DE LA DEMANDE

En terme de requête, le SECM demande à la Chambre de première instance de :

- Déclarer établis les griefs formulés pour tous les cas cités dans la note de synthèse ;
- Condamner solidairement A. et la SRL B. au remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé, soit la somme de 92.964,67 euros (article 142, §1er, 1° et 2° de la loi SSI et 164 al 2 de la loi SSI) ;

- Condamner Madame A. au paiement d'une amende administrative s'élevant à 150 % du montant de la valeur des prestations indues, soit la somme de 9.340,39 euros (article 142, §1er, 1° de la loi SSI), dont 2/3 en amende effective (6.226,93 euros) et 1/3 en amende assortie d'un sursis de trois ans (3.113, 46 euros) ;

- Condamner Madame A. au paiement d'une amende administrative s'élevant à 100 % du montant de la valeur des prestations indues en excluant la valeur des prestations indûment attestées correspondant aux dossiers infirmiers incomplets, soit la somme de 53.273,05 euros (article 142, §1er, 2° de la loi SSI) dont la moitié en amende effective (26.636, 52 euros) et l'autre moitié en amende assortie d'un sursis de trois ans (26.636, 52 euros) ;

- Dire qu'à défaut de paiement des sommes dues par Madame A. dans les 30 jours de la notification de la décision de la Chambre de première instance, des intérêts au taux légal en matière sociale, tel que prévu à l'article 156, §1er de la loi SSI, seront dus, de plein droit, à compter de l'expiration du délai précité.

III. SYNTHESE DES FAITS

Madame A. est infirmière brevetée depuis 1983 et dispose d'un numéro Institut National d'Assurance Maladie Invalidité depuis le 01.07.1983. Elle est conventionnée depuis cette date.

Elle a travaillé comme infirmière salariée à la ... pendant 12 ans et à

Elle débute une activité indépendante à titre complémentaire en 1992 et à titre principal le 01.09.2011.

Parallèlement, elle constitue une S.P.R.L. dénommée « B. », n° BCE ..., dont elle est gérante unique.

Elle effectue des soins à domicile tous les jours et preste de 12 à 14 h /jour.

Son fils gère la facturation à l'aide du logiciel INFIPLUS et les prestations sont transmises en temps réel.

Dans le cadre de l'enquête, il est apparu qu'il n'y avait pas de dossier infirmier qui a toutefois été fourni à partir du logiciel INFIPLUS qui en comprend un.

Toutefois, ce dossier automatisé n'est pas correctement complété, notamment au niveau de la transcription exacte de la prescription.

En ce qui concerne les échelles de KATZ, Madame A. déclare ne pas connaître les directives pour la compléter.

Elle lit la carte d'identité des patients à chaque passage chez l'assuré et autant de fois qu'il y a de soins à effectuer au cours de la même visite.

Un procès-verbal de constat est dressé le 12.07.2021 et est adressé à Madame A. et à la S.P.R.L. « B. » le 15.07.2021.

Ce document est resté sans suite.

IV. GRIEFS

Les griefs reprochés constituent une Infraction visée à l'art. 73 bis 1° de la Loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 (LC).

Grief n° 1 - Prestations non effectuées

A partir du 10/05/2014.

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.

En l'espèce, il s'agit de prestations de l'article 8, § 1er, 1°, I, A, B, VIII et 2°, I, A, B, VII de la nomenclature des prestations de santé (NPS), portées en compte au nom de 8 assurés alors qu'elles n'ont pas été réalisées.

La période des prestations litigieuses s'étend du 01/07/2018 au 31/03/2020 ; elles ont été introduites auprès des organismes assureurs du 03/08/2018 au 30/04/2020.

L'indu s'élève à 6.226,93 € et correspond à 10.989 prestations.

Le grief concerne 8 assurés pour la période de prestation de 01.07.2018 au 31.03.2020.

Il n'y a pas eu de remboursement volontaire.

Grief n° 2 - Dossiers incomplets

A partir du 26/11/2018.

Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer les documents réglementaires précités 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 et/ou lorsque des prestations visées à l'article 34 ont été prescrites durant une période d'interdiction temporaire ou définitive d'exercice de la profession Infraction visée à l'art. 73 bis 2° de la Loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 (LC).

En l'espèce il s'agit de prestations de l'article 8, § 1er, 1°, I, II, VIII, 2°, I, II, VII de la nomenclature, portées en compte au nom de 13 bénéficiaires alors que le dossier infirmier ne correspond pas aux exigences à l'article 8, § 3, 5° de la NPS, en ce sens qu'il est incomplet.

GRIEF n° 3 - Toilettes incomplètes

A partir du 26/11/2018.

Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer les documents réglementaires précités 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 et/ou lorsque des prestations visées à l'article 34 ont été prescrites durant une période d'interdiction temporaire ou définitive d'exercice de la profession
Infraction visée à l'art. 73 bis 2° de la Loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 (LC).

En l'espèce il s'agit de prestations de l'article 8, § 1er, 1°, II, 2°, II de la nomenclature, portées en compte au nom de 2 bénéficiaires alors que les toilettes réalisées dans le cadre des honoraires forfaitaires étaient incomplètes.

GRIEF n° 4 - Surcotation échelle de Katz

Du 09/04/2012 au 25/11/2018.

Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer les documents réglementaires précités 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.

A partir du 26/11/2018.

Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer les documents réglementaires précités 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 et/ou lorsque des prestations visées à l'article 34 ont été prescrites durant une période d'interdiction temporaire ou définitive d'exercice de la profession.

Infraction visée à l'art. 73 bis 2° de la Loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 (LC).

En l'espèce il s'agit de 5 bénéficiaires au nom desquels des honoraires forfaitaires visés à la rubrique II du § 1er, 1° et 2° de l'article 8 de la nomenclature n'étaient pas attestables en ce sens que le degré de dépendance requis par le libellé des prestations litigieuses et défini à l'article 8, § 5, 1° de la nomenclature n'était pas atteint.

A noter 2 erreurs de dates à la page 60 du PVC :

Il est noté : « La période des prestations litigieuses s'étend du 01/07/2019 au 31/03/2020; elles ont été introduites auprès des OA du 31/08/2019 au 30/04/2020. » Il faut lire : « La période des prestations litigieuses s'étend du 01/07/2018 au 31/03/2020, elles ont été introduites auprès des OA pendant la période du 31/08/2018 au 30/04/2020.»

GRIEF n° 5 - Absence de prescription médicale ou prestations non conformes

Du 09/04/2012 au 25/11/2018.

Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer les documents réglementaires précités 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.

A partir du 26/11/2018.

Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer les documents réglementaires précités 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 et/ou lorsque des prestations visées à l'article 34 ont été prescrites durant une période d'interdiction temporaire ou définitive d'exercice de la profession
Infraction visée à l'art. 73 bis 2° de la Loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 (LC).

En l'espèce, il s'agit du cas de 4 bénéficiaires, au nom desquels des prestations de l'article 8, § 1er, 1°, I, 2°, I, ont été attestées alors que soit elles ne correspondaient pas au libellé de la prescription médicale ; soit elles n'étaient pas couvertes par une prescription médicale.

La période des prestations litigieuses s'étend du 01/07/2018 au 31/03/2020, elles ont été introduites auprès des OA pendant la période du 03/08/2018 au 30/04/2020.

V. COMPETENCE ET RECEVABILITE

La Chambre de Première instance dispose d'une compétence de pleine juridiction pour connaître des infractions aux prescriptions de l'article 73 bis de la Loi ASSI, qui sont soustraites à la compétence du fonctionnaire dirigeant dès lors que la valeur des prestations litigieuses est égale ou supérieure à 35.000 € (art. 144, §2, 1° de la loi ASSI) ce qui est le cas en la présente cause.

Notre chambre a été saisie par le fonctionnaire dirigeant endéans les 3 ans à partir du PV de constat, soit dans le délai prévu, à peine de forclusion par l'article 142, §3 de la loi ASSI.

Notre chambre est compétente pour connaître de la demande du SECM, laquelle est recevable.

VI. EXAMEN DE LA DEMANDE DU SECM

Suivant l'article 73bis de la loi ASSI :

« Sans préjudice d'éventuelles poursuites pénales et/ou disciplinaires et nonobstant les dispositions des conventions ou des accords visés au Titre III, il est interdit aux dispensateurs de soins et assimilés, sous peine des mesures énoncées à l'article 142, § 1er :

2° de rédiger, faire rédiger, délivrer ou faire délivrer les documents réglementaires précités 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 ; (...) ».

Suivant l'article 142, § 1er de la même loi :

« Sans préjudice d'éventuelles sanctions pénales et/ou disciplinaires, les mesures suivantes sont appliquées aux dispensateurs de soins et assimilés qui ne se conforment pas aux dispositions de l'article 73bis :

2° le remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé, et/ou une amende administrative comprise entre 5% et 150% du montant du remboursement en cas d'infraction aux dispositions de l'article 73bis, 2° ; (...) ».

GRIEF n° 1 - Prestations non effectuées

Il s'agit de prestations de l'article 8, § 1er, 1°, I, A, B, VIII et 2°, I, A, B, VII de la nomenclature des prestations de santé (NPS), portées en compte au nom de 8 assurés alors qu'elles n'ont pas été réalisées.

La période des prestations litigieuses s'étend du 01/07/2018 au 31/03/2020 ; elles ont été introduites auprès des organismes assureurs du 03/08/2018 au 30/04/2020.

Les dispositions de la nomenclature des prestations de santé (NPS) prévoient, en son article 8 les conditions de remboursement des prestations réellement effectuées.

"§ 4. Précisions relatives aux prestations visées à la rubrique I du § 1er, 1° ; 2° ; 3° ; 3°bis et 4° :

1°

La prestation de base, visée à la rubrique I, A du § 1er, 1° ; 2° ; 3° ; 3°bis et 4° comprend:

- l'observation globale du bénéficiaire;*
- le planning et l'évaluation des soins;*
- l'accompagnement sanitaire du bénéficiaire et de son entourage;*
- la tenue complète d'un dossier infirmier;*
- les frais de déplacement, excepté les frais supplémentaires de déplacement en région rurale, sauf pour les prestations de base visées à la rubrique I, A du § 1er, 3° ; 3°bis et 4°."*

[...]

3°

Les prestations de base visées à la rubrique I, A du § 1er, 1° ; 2° ; 3° ; 3°bis et 4° ne peuvent être portées en compte que si on atteste soit une ou plusieurs prestations techniques de soins infirmiers visées à la rubrique I, B du § 1er, 1° ; 2° ; 3° ; 3°bis et 4° à l'exception des prestations 424395, 424690, 427991 et 424852, soit une ou plusieurs prestations techniques spécifiques de soins infirmiers visées à la rubrique III du § 1er, 1° ; 2° ; 3° et 3°bis

4°

Sans préjudice des dispositions du § 6, les prestations [...], 423076 [...] 424336, [...], 423275, [...] 424491, [...] , ne peuvent être attestées qu'une seule fois par séance de soins infirmiers

"5°

Les soins ne peuvent être étalés sur plusieurs séances de soins par le praticien de l'art infirmier que pour des raisons médicales figurant sur la prescription.

[...]

"§ 5quater

Les prestations 428035, 428050 et 428072 peuvent être attestées à partir de la 3e , 4e et 5e visite chez un même patient au cours de la même journée de soins pour les patients lourdement dépendants bénéficiant d'une prestation décrite au § 1er, 1°, II et IV, au § 1er, 2°, II et IV et au § 1er, 3°, II sauf des prestations 427173 et 427195. Seul le dispensateur de soins qui a effectivement exécuté cette 3e visite ou les suivantes peut attester cette prestation. Cette prestation peut être attestée au maximum une seule fois par journée de soins pour la 3e visite, maximum une seule fois par journée de soins pour la 4e visite et maximum une seule fois par journée de soins pour la 5e visite »

Les prestations en cause sont reprises en pages 12 et 13 de la note de synthèse du SECM.

Madame A. déclare lors de son audition qu'elle lit la carte d'identité des assurés autant de fois qu'il y a de prestations à réaliser.

Le SECM a retenu le grief pour les cas E., F., G., H. et I. au-delà de deux passages journaliers.

Par le cas J., le SECM a retenu le grief des prestations au-delà de 2 passages les mardis, jeudis, samedis et dimanches et de 3 passages les lundis, mercredis et vendredis.

Pour le cas K., le SECM a retenu le grief pour :

- Toutes les prestations « valorisations de prestations multiples et contraignantes chez des patients très dépendants » pour le 3^{ème} passage et plus ;
- Toutes les prestations « 3^{ème} prestation de base ou plus » ;
- Des prestations « administration de médicaments par voie IM, SC, [...] » en surplus de 2 prestations d'injection d'insulines journalières.

Pour le cas L., le SECM a retenu le grief pour « valorisations de prestations multiples et contraignantes chez des patients très dépendants » pour le 4^{ème} passage et 5^{ème} passage journaliers.

L'indu s'élève à 6.226,93 € et correspond à 10.989 prestations.

Le grief concerne 8 assurés pour la période de prestation de 01.07.2018 au 31.03.2020.

Il n'y a pas eu de remboursement volontaire.

GRIEF n° 2 - Dossier incomplet

L'article 8, §3, 5° de la NPS dispose que

« "§ 3. Aucuns honoraires ne sont dus"

[...]

"5° lorsque le dossier infirmier mentionné dans cet article n'existe pas ou si le contenu minimal décrit au § 4, 2° de cet article n'est pas mentionné dans ce dossier."

L'article 8 §4 de la NPS impose la tenue d'un dossier infirmier en son point 1° et en détermine le contenu en son point 2°. »

Dans ces dossiers, manquaient :

- La prescription médicale (même si elle était partiellement retranscrite) ;
- La planification et l'évaluation des soins étaient absente de tous les dossiers ;
- L'item « planification et évaluation » portait invariablement la mention RAS ;
- Pour les forfaits, l'absence d'éléments de justification et absence d'information pour les soins d'hygiène ;
- Pour les prestations techniques (absence d'indication quant aux doses d'insuline, absence du nom du collyre ophtalmique, absence des produits utilisés, pas d'informations quant aux soins pour plaies complexes.

Ce grief vise 13 bénéficiaires et 2.638 prestations sur la période de 3 mois du 01.04.2019 au 30.06.2019. L'indu s'élève à 33.464,89 €. Aucun remboursement volontaire n'est intervenu.

GRIEF n° 3 - Toilettes incomplètes

L'article 8, §5, 3° dispose

« § 5. Précisions relatives aux honoraires forfaitaires visés à la rubrique II du § 1er, 1° ; 2° ; 3° et 3° bis et à la rubrique IV du § 1er, 1° et 2° :

[...]

3° Les honoraires forfaitaires, visés à la rubrique II du § 1er, 1° ; 2° ; 3° et 3° bis et à la rubrique IV du § 1er, 1° et 2° ne peuvent être attestés que si les conditions suivantes sont réalisées :"

"a) pour chaque bénéficiaire dans le chef duquel des honoraires forfaitaires visés à la rubrique II du § 1er, 1° ; 2° ; 3° et 3° bis et à la rubrique IV du § 1er, 1° et 2° ont été attestés, une toilette (prestations 425110, 425515, 425913 ou 427755) par journée de soins a été effectuée »

Le paragraphe 6 ajoute

« § 6. Précisions relatives aux toilettes (prestations 425110, 425515, 425913 et 427755)

[...]

8° La toilette comprend l'ensemble des soins infirmiers se rapportant à la globalité des soins d'hygiène y compris préventifs; elle se complète, le cas échéant, par la mobilisation du patient. »

Le grief est établi pour les cas M. (au-delà de 3 fois/semaine) et I. (au-delà de 2 fois/semaine).

Ce grief concerne 2 assurés et 222 prestations attestées du 01.07.2019 au 31.03.2020 pour un montant de 6.549,42 €.

Grief n° 4 - Surcotation échelle de Katz

L'article 8, §5 de la NPS précise :

"§ 5. Précisions relatives aux honoraires forfaitaires visés à la rubrique II du § 1er, 1°; 2°; 3° et 3° bis et à la rubrique IV du § 1er, 1° et 2°:

1° La dépendance physique visée à la rubrique II du § 1er, 1°; 2°; 3° et 3° bis et à la rubrique IV du § 1er, 1° et 2° est évaluée sur base de l'échelle d'évaluation reprise ci-après :"

Se laver :

- (1) Est capable de se laver complètement sans aucune aide;
- (2) A besoin d'une aide partielle pour se laver au-dessus ou en dessous de 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.

b) S'habiller :

- (1) Est capable de s'habiller et de se déshabiller complètement sans aucune aide;
- (2) A besoin d'une aide partielle pour s'habiller au-dessus ou en dessous de 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."

"c) Transfert et déplacements :

- (1) Est autonome pour le transfert et se déplace de façon entièrement indépendante, sans auxiliaire(s) mécanique(s) ni aide de tiers;
- (2) Est autonome pour le transfert et ses déplacements moyennant l'utilisation d'auxiliaire(s) mécanique(s) (béquille(s), chaise roulante, ...);

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

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

d) Aller à la toilette :

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

(2) A besoin d'aide pour un des trois items : se déplacer ou s'habiller ou s'essuyer;

(3) A besoin d'aide pour deux des trois items : se déplacer et/ou s'habiller et/ou s'essuyer;

(4) A besoin d'aide pour les trois items : se déplacer et s'habiller et s'essuyer".

e) 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);

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

(4) Est incontinent pour les urines et les selles.

f) Manger :

(1) Est capable de manger et de 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."

Le point 2° ajoute :

« 2° Les honoraires forfaitaires visés à la rubrique II du § 1er, 1°, 2°, 3° et 3° bis remboursent d'une façon forfaitaire les prestations suivantes dispensées au cours d'une même journée de soins :

les prestations de base visées à la rubrique I, A du § 1er, 1°, 2°, 3°, 3° bis et 4°;

les prestations techniques de soins infirmiers visées à la rubrique I, B du § 1er, 1°, 2° [...] »

Le point 3° c) précise :

« 3° Les honoraires forfaitaires, visés à la rubrique II du § 1er, 1°, 2°, 3° et 3° bis et à la rubrique IV du § 1er, 1° et 2° ne peuvent être attestés que si les conditions suivantes sont réalisées :

[...]

pour chaque forfait attesté, plusieurs des pseudo-codes suivants, correspondants aux prestations effectuées pendant la journée de soins doivent être mentionnés complémentirement au numéro de code de la nomenclature du forfait :"

Les directives quant à l'utilisation de l'échelle de Katz sont reprises dans la circulaire n° 2011/1 sous la référence 1240/OMZ-CIRC/INF-11-1-f et en ligne¹.

Le grief est établi pour 5 assurés, sur base de leurs déclarations, de l'analyse de leur dossier, les constats des médecins traitants, Kiné, et l'audition de Madame A.

Le grief concerne 5 assurés pour 1976 prestations du 01.07.2018 au 31.03.2020 et pour un indu de 22.979,05 €.

Grief n° 5 - Absence de prescription médicale ou soins non conformes

L'article 8 en ses § 1er, § 2, § 4, § 8 de la NPS stipule :

§ 1er (...) "1° Prestations effectuées au cours d'une séance de soins infirmiers au domicile ou à la résidence du bénéficiaire.

I. Séance de soins infirmiers.

B. Prestations techniques de soins infirmiers." 424292 Application de collyre et/ou de pommade ophtalmique en phase postopératoire.

2° 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.

I. Séance de soins infirmiers.

B. Prestations techniques de soins infirmiers." 424454 Application de collyre et/ou de pommade ophtalmique en phase postopératoire.

§ 2. Précisions relatives à la prescription :

Les prestations suivantes ne sont remboursées que si elles ont été prescrites par un médecin :"

-les prestations techniques de soins infirmiers visées à la rubrique I, B du § 1er, 1°, 2°, 3°, (...), à l'exception des prestations 425110, 425515, (...) (...)

- les prestations de soins infirmiers effectuées dans le cadre d'un des honoraires forfaitaires visés à la rubrique II du § 1er, 1°, 2°, 3° et 3°bis et sous les rubriques IV et V du § 1er, 1° et 2° à l'exception des soins d'hygiène ; "

- les honoraires forfaitaires pour l'éducation individuelle des patients diabétiques aux soins autonomes (423150) et à la compréhension (423194), le forfait pour le suivi des patients diabétiques après l'éducation aux soins autonomes (423216) et les honoraires de suivi pour l'accompagnement infirmier des patients diabétiques qui ne passent pas aux soins autonomes (423231 et 423334) ;

"Cette prescription doit mentionner la nature des prestations, leur nombre et leur fréquence. Elle ne peut être limitée à la seule mention du numéro de nomenclature, mais doit contenir les données nécessaires pour identifier les soins portés en compte. (...)" ;

¹ <https://www.riziv.fgov.be/fr/professionnels/sante/infirmiers/soins/Pages/echelle-evaluation-katz.aspx>

"Lorsqu'il s'agit de l'administration de médicaments et de solutions médicamenteuses, la prescription doit en outre mentionner la nature et la dose des produits à administrer. (...)" ;

"Les prescriptions en matière de soins de plaie(s) comportent les éléments supplémentaires suivants :

- la description de la plaie ;*
- la fréquence maximale des soins ;*
- la posologie des médicaments à appliquer ;*
- la période pendant laquelle la plaie doit être soignée." (...)*

§ 4. Précisions relatives aux prestations visées à la rubrique I du § 1er, 1° ; 2° ; 3° ; 3° bis et 4° : (...)

4° Sans préjudice des dispositions du § 6, les prestations (...) 424933, 424336, (...) 424955, 424491, (...)) ne peuvent être attestées qu'une seule fois par séance de soins infirmiers

5° Les soins ne peuvent être étalés sur plusieurs séances de soins par le praticien de l'art infirmier que pour des raisons médicales figurant sur la prescription."

§ 8. Précisions relatives aux soins de plaie(s) (prestations (...), 424933, 424336, (...) 424955, 424491, (...)) :

Suit le descriptif des différents types de plaie.

[...]

8° Les prestations (...) 424292, 424454, (...) 424933, 424955, (...) ne peuvent pas être cumulées au cours d'une même séance avec une autre prestation de cet article, à l'exception d'une prestation de base. »

Le grief est fondé sur l'analyse des données, des prescriptions transmises par Madame A., l'absence de certaines prescriptions, l'analyse des dossiers transmis, les auditions des assurés et de Madame A.

Il est établi pour 4 assurés et 5.674 prestations entre le 01.07.2018 et le 31.03.2020 pour un indu de 23.744,58 €.

Conclusions

Les griefs formulés par le SECM ne sont en tant que tels pas contestés par Mme A. et apparaissent fondés eu égard aux éléments du dossier ci-dessus résumés.

Madame A. a dès lors attesté des soins non conformes à la NPS pour en obtenir le remboursement à charge de l'assurance. Il en découle un indu, qu'elle doit rembourser. Celui-ci s'élève à la somme de 92.964,67 €.

Bien que d'accord sur le principe de remboursement², Madame A. n'a rien remboursé volontairement.

L'amende administrative

Le SECM estime nécessaire de prononcer une amende administrative à charge de Madame A.

Il justifie sa demande comme suit :

« 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 soins.

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

L'article 157, §1er, de la loi SSI prévoit que « le Fonctionnaire-dirigeant ou le fonctionnaire désigné par lui, la Chambre de première instance ou la Chambre de recours peut décider qu'il sera sursis, en tout ou en partie, à l'exécution des décisions infligeant les amendes visées à l'article 142. ».

*Compte tenu du nombre très important de prestations non effectuées attestées par Madame A. (10.989 prestations), de la période infractionnelle (21 mois suivant les dates d'introduction à l'organisme assureur), de l'expérience de Madame A. (diplômée en 1983, infirmière indépendante à titre complémentaire depuis 1992 et à titre principal depuis septembre 2011), de la gravité des faits, du montant de l'indu en cause (6.226,93 €) mais aussi de l'absence d'antécédent de Madame A., le SECM demande qu'il soit infligé à Madame A., au titre des prestations non effectuées, une amende administrative de 150 % du montant indu à rembourser, soit 9.340,39 euros (indu de **6.226,93 euros**) assortie d'une mesure de sursis de 3 années pour un tiers de l'amende.*

La sanction effective rappellera à l'intéressée l'importance de la faute commise, et celle avec sursis l'incitera à rectifier, pour l'avenir, sa pratique dans un sens conforme à la réglementation et aux exigences de son art.

Par ailleurs, 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, concernant la réalisation d'un soin d'hygiène ou encore pour la tenue d'un dossier infirmier.

Les règles de la Nomenclature des prestations de santé sont de stricte interprétation et doivent être appliquées rigoureusement³ car les dispensateurs de soins collaborent à un service public, ce qui repose sur un rapport de

² Voir son audition du 21.01.2021

³ Cass. 20/11/2017, C.15.0213.N

confiance notamment entre l'INAMI, les organismes assureurs et les dispensateurs de soins.

Le respect des formalités administratives prévues par la réglementation est un des fondements de ce rapport de confiance⁴.

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

Par exemple, en ne respectant pas les règles relatives à l'évaluation de l'état de dépendance physique, à la réalisation d'un soin d'hygiène ou encore la tenue des dossiers infirmiers, Madame A. a manqué à ses obligations légales en tant que dispensateur de soins.

Dans ces conditions, au regard de ces éléments, mais aussi de l'expérience de Madame A. (diplômée en 1983, infirmière indépendante à titre complémentaire depuis 1992 et à titre principal depuis septembre 2011), de la durée de la période infractionnelle (21 mois suivant les dates d'introduction à l'organisme assureur), du montant de l'indu (86.737,74 euros) et du nombre élevé des prestations reprochées (7872 prestations), le SECM demande qu'il soit infligé à Madame A., au titre des prestations non conformes, une amende administrative de 100 % du montant indu à rembourser, en excluant la valeur des prestations indûment attestées correspondant aux dossiers infirmiers incomplets (indu 33.464,69 euros), soit 53.273,05 euros (86.737,74 euros - 33.464,69 euros).

L'article 157, §1er, de la loi SSI prévoit que « le Fonctionnaire-dirigeant ou le fonctionnaire désigné par lui, la Chambre de première instance ou la Chambre de recours peut décider qu'il sera sursis, en tout ou en partie, à l'exécution des décisions infligeant les amendes visées à l'article 142. ».

Il convient de tenir compte, non seulement des éléments rappelés ci-dessus, mais aussi de l'absence d'antécédents dans le chef de l'intéressée. Cela justifie que l'amende administrative de 53.273,05 euros soit assortie pour moitié d'un sursis de trois ans, soit une **amende effective de 26.636,52 euros**.

La sanction effective rappellera à l'intéressée l'importance de la faute commise, et celle avec sursis l'incitera à rectifier, pour l'avenir, sa pratique dans un sens conforme à la réglementation et aux exigences de son art.

Dans ces conditions, il convient de prononcer une amende administrative à l'encontre de Madame A. :

- au titre du grief n°1, 150 % du montant de la valeur des prestations à rembourser, soit une amende d'un montant de 9.340,39 € (indu de 6.226,93 €), dont 2/3 en amende effective (**6.226,93 euros**) et 1/3 en amende assortie d'un sursis de trois ans (3.113,46 euros) ;

- au titre des griefs n°3 à n°5 : 100 % du montant de la valeur des prestations à rembourser, soit une amende d'un montant de 53.273,05 € dont la moitié avec sursis soit une amende effective de **26.636,52 euros**. »

⁴ C.arb, 30/01/2002, n°26/2002; c.arb, 12/06/2002, n°98/2002; c.arb 12/03/2003, n°31/2003; C.const. 31/01/2019, n°15/2019

Notre chambre considère que l'amende infligée n'est pas disproportionnée par rapport aux nombreux griefs établis et non contestés, qui remettent en cause la légitime confiance qui doit exister entre le dispensateur de soins et l'Institut National d'Assurance Maladie Invalidité, garant de la bonne utilisation des deniers publics.

Madame A. a manqué à ses obligations alors que son long passé professionnel établit une expérience qui eût dû l'inviter à plus de respect de la NPS.

En conclusion, il est fait droit à la demande du SECM.

Les intérêts sur les sommes dues

L'article 156, §1er alinéa 2 de la loi SSI (tel que modifié par l'article 26, 1°, de la loi du 17 juillet 2015 portant des dispositions diverses en matière de santé, M.B. du 17 août 2015) dispose que :

« § 1er. Les décisions du fonctionnaire dirigeant du Service d'évaluation et de contrôle médicaux ou du fonctionnaire désigné par lui, visées à l' article 143, les décisions des Chambres de première instance visées à l' article 142, et les décisions des Chambres de recours, visées aux articles 142 et 155, sont exécutoires de plein droit par provision, nonobstant tout recours. Des délais de paiement peuvent être accordés uniquement sur la base d'une demande motivée et appuyée par toute pièce utile permettant d'en apprécier le bien-fondé. Les sommes dues sont payées dans les trente jours de la notification des décisions visées à l'alinéa 1er. A 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 ».

PAR CES MOTIFS

LA CHAMBRE DE PREMIERE INSTANCE,

Statuant contradictoirement à l'égard du SECM et par défaut à l'égard de Madame A. et de la S.P.R.L. B.,

Déclare la demande du SECM recevable et entièrement fondée.

En conséquence,

Déclare établis les 5 griefs formulés pour tous les cas cités dans la note de synthèse,

Condamne Madame A. et la S.P.R.L. B. au remboursement de la valeur des prestations indues portées à charge de l'assurance soins de santé soit la somme de **92.964,67 euros** (article 142, §1er, 1° et 2° de la loi SSI et 164 al 2 de la loi SSI),

Condamne Madame A. au paiement d'une amende administrative s'élevant à 150 % du montant de la valeur des prestations indues, soit la somme de 9.340,39 euros (article 142, §1er, 1° de la loi SSI), dont 2/3 en amende effective (**6.226,93 euros**) et 1/3 en amende assortie d'un sursis de trois ans (3.113, 46 euros),

Condamne Madame A. au paiement d'une amende administrative s'élevant à 100 % du montant de la valeur des prestations indues en excluant la valeur des

prestations indûment attestées correspondant aux dossiers infirmiers incomplets, soit la somme de 53.273,05 euros (article 142, §1er, 2° de la loi SSI) dont la moitié en amende effective (**26.636, 52 euros**) et l'autre moitié en amende assortie d'un sursis de trois ans (26.636, 52 euros),

Dit qu'à défaut de paiement des sommes dues par Madame A. dans les 30 jours de la notification de la décision de la Chambre de première instance, des intérêts au taux légal en matière sociale, tel que prévu à l'article 156, §1er de la loi SSI, seront dus, de plein droit, à compter de l'expiration du délai précité.

La présente décision est prise par la Chambre de première instance, composée de Madame Corinne GUIDET, Présidente, Docteurs Sophie CARLIER et Thibaut DUJARDIN, Messieurs Johan CORIJN et Gaëtan MESTAG, membres, assistés de Madame Dominique HONVAULT, greffière.

Et prononcée à l'audience du 5 octobre 2023 par Madame Corinne GUIDET, Présidente, assistée de Madame Dominique HONVAULT, greffière.

Dominique HONVAULT
Greffière

Corinne GUIDET
Présidente