

**DECISION DU FONCTIONNAIRE-DIRIGEANT DU 17 FEVRIER 2014
BRS/F/13-026**

Concerne : **Madame A.**

Praticiens de l'art infirmier Infirmie(ère)s - Infirmières brevetées

Et

SPRL B.

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

7 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 n° 1

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 au sens de l'article 73bis, 1° de la loi coordonnée le 14 juillet 1994.

Ces faits relèvent des dispositions de l'article 142, § 1^{er}, 1° de la LC.

En l'espèce il s'agit de prestations de l'article 8 § 1^{er} 1^o II, 2° I II de la nomenclature, portées en compte au nom de 7 assurés.

1.1.1 Base légale du grief

La base réglementaire s'appuie sur le principe général qui veut que les prestations ne sont remboursables par l'assurance soins de santé et indemnités que pour autant qu'elles soient dûment effectuées au bénéfice de l'assuré.

1.1.2 Fondements du grief

Le grief se fonde sur l'analyse des données informatisées et

- pour les résidents d'une institution pour adultes handicapés : sur la déclaration de la Directrice, Mme C., ainsi que sur l'analyse d'un listing de présence
- pour les autres assurés : sur les déclarations de Mme A., d'une assurée, d'une infirmière ex-collaboratrice de la SPRL B., sur l'analyse d'un dossier infirmier, de feuilles de tournées et d'un listing de délivrance de spécialités pharmaceutiques.

Les 7 cas investigués ont été retenus.

Cas	Bénéficiaires	423076	423275	425014	425036	425110	425412	425434	425272	425515	425670	Indu total
1	D.								7			111,58 €
2	E.			1		1	4			4		57,58 €
3	F.										12	286,92 €
4	G.			14		14	14			14		289,94 €
5	H.								11		14	510,08 €
6	I.						12			12		147,48 €
7	J.	46	20	57	22	57	64	10		64		1.183,39 €
TOTAUX		46	20	72	22	72	94	10	18	94	26	2.586,97 €
474												

Le grief est formulé pour 7 bénéficiaires et 474 prestations attestées du 01/01/2011 au 31/08/2011, à savoir : 46 x 423076 W 0,484 ; 20 x 423275 W 0,730 ; 72 x 425014 W 0,879 ; 22 x 425036 W 0,879 ; 72 x 425110 W 1,167 ; 94 x 425412 W 1,206 ; 10 x 425434 W 1,206 ; 18 x 425272 W 3,825 ; 94 x 425515 W 1,754 et 26 x 425670 W 5,710 à concurrence d'un indu total de 2.586,97 €.

Mme A. a reconnu la validité du grief.

1.2 **Grief n°2**

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 au sens de l'article 73bis, 1° de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, s'agissant de prestations portées en compte en violation de l'article 8 § 5 2°.

Ces faits relèvent des dispositions de l'article 142, § 1^{er}, 1° de la LC.

En l'espèce il s'agit de prestations de l'article 8 § 1^{er} 1^{er} II, 2° I II de la nomenclature, portées deux fois en compte à des dates différentes au nom d'une assurée.

1.2.1 **Base légale**

L'article 8 § 5 2° de la nomenclature des prestations de santé stipule :

« § 5. Précisions relatives aux honoraires forfaitaires visés à la rubrique II du § 1^{er}, 1°, 2° et 3° et à la rubrique IV du § 1^{er}, 1° et 2°: (...) »

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

(...)

b) les prestations techniques de soins infirmiers visées à la rubrique I, B du § 1^{er}, 1°, 2°, 3° et 4° à l'exception des prestations 424395, 424690 et 424852; (...) »

1.2.2 **Fondement du grief**

En décembre 2010, il fut attesté et introduit à des dates différentes, des prestations techniques de soins infirmiers (injections) et des honoraires forfaitaires.

En vertu de l'article 8, § 5, 2° de la NPS, les prestations à l'acte ne peuvent être attestées conjointement à un honoraire forfaitaire.

Vu la demande de toilette justifiant un honoraire forfaitaire, vu la réalisation du soin d'hygiène, le SECM a retenu les prestations techniques de soins infirmiers (injections) et leurs prestations de base y afférentes.

1.2.3 **Conclusion**

Le cas investigué a été retenu.

Cas	Bénéficiaire	423076	423275	425014	425036	425051	425412	425434	425456	Indu total
1	K.	69	24	23	23	23	8	8	8	549,72 €
TOTAUX		186								549,72 €

Le grief est formulé pour 1 bénéficiaire et 186 prestations attestées du 01/12/2010 au 31/12/2010, introduites au remboursement après le 14/05/2007, à savoir : 69 x 423076 W0,484 ; 24 x 423275 W0,730 ; 23 x 425014 W0,879 ; 23 x 425036 W0,879 ; ; 23 x 425051 W0,879 ; ; 8 x 425412 W1,206 ; 8 x 425434 W1,206 ; et 8 x 425456 W1,206 ; à concurrence d'un indu total de 549,72 €.

Mme A. a reconnu la validité du grief.

1.3 **Grief 3**

Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer les documents réglementaires visés dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans la présente loi au sens de l'article 73bis, 2°, dans ses arrêtés et règlements d'exécution, dans les conventions et accords conclus en vertu de cette même loi, s'agissant de prestations de soins portées en compte en violation de l'article 8, § 11 de la nomenclature.

Ces faits relèvent des dispositions de l'article 142, § 1^{er}, 2° de la LC.

En l'espèce il s'agit de prestations de l'article 8 § 1^{er} 1^o II, 2° I II de la nomenclature, portées en compte au nom de 14 assurés alors que, selon les témoignages des assurés, d'ex-collaboratrices de la SPRL B. et l'analyse des feuilles de tournée, l'analyse du dossier infirmier quand existant, elles ont été effectuées par des aides-soignant(e)s et/ou une étudiante.

1.3.1 **Base légale du grief**

La base légale du grief repose sur la conjonction des articles 2 n); 34-1° b); de la loi coordonnée le 14/07/1994, ainsi que sur l'article 8, §§ 1^{er} et 11 de la nomenclature des prestations de santé.

L'article 2, n) de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 dispose :

« (...) **Art. 2** Dans la présente loi coordonnée, on entend : (...)

n) par "dispensateur de soins", les praticiens de l'art de guérir, les kinésithérapeutes, les praticiens de l'art infirmier, les auxiliaires paramédicaux, les établissements hospitaliers, les établissements de rééducation fonctionnelle et de réadaptation professionnelle et les autres services et institutions (...) »

D'autre part, l'article 34-1°, b) de la même loi coordonnée dispose que :

« (...) **Art. 34.** Les prestations de santé portent tant sur les soins préventifs que sur les soins curatifs. Elles comprennent:

1° les soins courants comportant: (...)

b) les soins donnés par des praticiens de l'art infirmier et par des services de soins infirmiers à domicile précités doivent répondre aux critères fixés par le Roi, en exécution de l'article 5, § 1^{er} premier alinéa de la loi du 27 juin 1978 modifiant la législation sur les hôpitaux et relative à certaines autres formes de dispensation, modifié par la loi du 25 janvier 1999 (...)

13° les prestations qui sont effectuées par des services intégrés de soins à domicile ; les services intégrés de soins à domicile précités doivent répondre aux conditions à fixer par le Roi, en exécution de l'article 5, § 1^{er}, alinéa premier, de la loi du 27 juin 1978 modifiant la loi sur les hôpitaux et relatif à certaines autres formes de soins (...)

L'article 8 § 1^{er} de la nomenclature des prestations de santé tel que mentionné ci-dessus dispose que les prestations, concernées par le présent grief, requièrent la qualification des praticiens de l'art infirmier à savoir la qualité d'infirmière graduée ou assimilée, d'accoucheuse, d'infirmière brevetée, d'hospitalière /assistante en soins hospitaliers ou assimilée ; et la qualification d'infirmière graduée ou assimilée.

"(...) **Art. 8, § 1^{er}.** Les prestations suivantes sont considérées comme des prestations qui requièrent la qualification d'infirmière graduée ou assimilée, d'accoucheuse, d'infirmière brevetée, d'hospitalière/assistante en soins hospitaliers ou assimilée, appelées ci-après praticiens de l'art infirmier (W). Toutefois, les prestations techniques spécifiques de soins infirmiers, visées sous rubrique III du § 1^{er} 1°, 2° et 3° et les honoraires forfaitaires et supplémentaires pour patients palliatifs visés sous les rubriques IV et V du § 1^{er}, 1° et 2° requièrent la qualification d'infirmière graduée ou assimilée, d'accoucheuse ou d'infirmière brevetée (...)"

§ 11. Le praticien de l'art infirmier ne peut établir ni signer une attestation de soins donnés lorsque les prestations sont effectuées par une personne non habilitée à les porter en compte à l'assurance soins de santé, qui se substitue en tout ou en partie au praticien de l'art infirmier, même en présence de ce dernier.

L'assistance d'une tierce personne ne peut être sollicitée que si l'état du patient nécessite une aide durant l'exécution de la prestation. (...)

Il résulte de ces exigences légales qu'une personne n'étant pas qualifiée en tant que praticien de l'art infirmier ne peut être considérée au sens des articles 2 n) et 34 1° b) de la loi coordonnée le 14/07/1994 comme habilitée à effectuer et à porter en compte des prestations reprises à l'article 8 § 1^{er} de l'annexe à l'A.R. du 14/09/1984 établissant la nomenclature des prestations de santé.

Il existe une dérogation aux dispositions, notamment de l'article 8, § 11 de la nomenclature, permettant à certains services de soins infirmiers de souscrire avec l'Etat belge une convention pilote les autorisant à utiliser les services d'aides-soignant(e)s (art.56, §5 de la loi ASSI).

La SPRL B. n'a pas signé cette convention qui permet la prise en charge par l'assurance soins de santé, des prestations déléguées par les infirmiers de ces services à des aides-soignants.

Elle ne peut dès lors bénéficier de cette exception et ne peut porter en compte à l'assurance obligatoire soins de santé les prestations réalisées par tous les membres du personnel qui ne sont pas détenteur de la qualification de praticien de l'art infirmier.

1.3.2 Conclusion

Les 14 cas investigués ont été retenus.

Cas	Bénéficiaires	424292	424454	425014	425110	425412	425515	425272	425294	425316	425670	425692	Indu total
1	L.	1	1	1		1							13,50 €
2	D.							22			10		589,78 €
3	E.			15	15	9	9						236,91 €
4	F.							25			8		589,78 €
5	G.			18	18	7	7						237,59 €
6	M.							25			10		637,60 €
7	H.							22			8		541,96 €
8	N			52	52	10	10						560,74 €
9	O.								31			11	1.327,70 €
10	I.			31	35	8	10						393,90 €
11	P.								33			9	1.435,05 €
12	Q.								34			9	1.465,98 €
13	R.									24			1.017,60 €
14	J.			14	15								94,56 €
TOTAUX		1	1	131	135	35	36	94	98	24	36	29	
												620	9.142,65 €

Le grief est formulé :

Pour 14 bénéficiaires et 620 prestations attestées du 01/01/2011 au 31/07/2011, à savoir : 1 x 424292 W0,484 ; 1 x 424454 W0,730 ; 131 x 425014 W0,879 ; 135 x 425110 W1,167 ; 35 x 425412 W1,206 ; 36 x 425515 W1,754 ; 94 x 425272 W3,825 ; 98 x 425294 W7,371 ; 24 x 425316 W10,083 ; 36 x 425670 W5,710 et 29 x 425692 W10,944 à concurrence d'un indu total de 9.142,65 €.

Mme A., infirmière cogérante de la SPRL B. a reconnu la validité du grief.

1.4 Grief 4

Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer les documents réglementaires visés dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans la présente loi au sens de l'article 73bis, 2°, dans ses arrêtés et règlements d'exécution, dans les conventions et accords conclus en vertu de cette même loi, s'agissant de prestations de soins d'hygiène non attestables au sens de l'article 8, § 6, 8° de la nomenclature (toilettes incomplètes) ou d'honoraires forfaitaires non attestables dans la mesure où le soin d'hygiène était absent.

Ces faits relèvent des dispositions de l'article 142, § 1^{er}, 2° de la LC.

En l'espèce il s'agit de prestations de l'article 8 § 1^{er} 1^o II, 2° I II de la nomenclature, portées en compte au nom de 3 assurés.

1.4.1 **Base légale du grief**

Le grief se fonde sur la conjonction des dispositions des §§ 4, 2° 3°; 5, 3°, a) b) c) et 6, 8° de l'article 8 de la nomenclature des prestations de santé qui disposent :

« (...) § 4. Précisions relatives aux prestations visées à la rubrique I du § 1^{er}, 1°, (...)

2° sous réserve des dispositions particulières du § 5ter, § 6, 4° et § 8 du présent article, le dossier infirmier comporte au moins :

(...)

- le contenu de la prescription telle que prévue au § 2 (copie ou transcription de la prescription en cas de dossier automatisé);

- les données d'identification du prescripteur;(...)

La tenue du dossier infirmier n'est pas liée à des conditions de forme (le dossier automatisé est autorisé).

Sans préjudice des délais de conservation imposés par d'autres législations, le dossier infirmier doit être conservé pendant une période d'au moins cinq ans.

Le dossier infirmier d'un bénéficiaire peut être tenu à jour conjointement par plusieurs praticiens de l'art infirmier, mais chacun d'eux demeure responsable de la tenue à jour des éléments du dossier relatifs aux soins qu'il a dispensés."

3° Les prestations de base visées à la rubrique I, A du § 1^{er}, 1°, 2°, (...) 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 § 1^{er}, 1°, 2°, (...) à l'exception des prestations 424395, 424690 et 424852, (...)

§ 5. Précisions relatives aux honoraires forfaitaires visés à la rubrique II du § 1^{er}, 1°, 2° (...)

3° Les honoraires forfaitaires, visés à la rubrique II du § 1^{er}, 1°, 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 § 1^{er}, 1°, 2° (...) ont été attestés, une toilette (prestations 425110, 425515 ou 425913) par journée de soins a été effectuée;

b) l'infirmier tient un dossier qui correspond aux dispositions du § 4, 2°;"

c) 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 :

§ 6. Précisions relatives aux toilettes (prestations 425110, 425515, 425913) : " (...)

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. (...) »

La Chambre de recours a précisé dans sa décision du 12/01/2012 ce que doivent comprendre ces soins d'hygiène (<http://www.inami.fgov.be/care/all/infos/jurisprudence/pdf/2012/20120112F02FR.pdf>) :

« (...) Madame G. a signé et délivré des attestations de soins donnés pour des prestations qui requièrent la qualification d'infirmière au vu de l'article 8 de la nomenclature des soins de santé, à savoir principalement les prestations reprises dans la nomenclature sous les codes 425294 et 425692 soit des honoraires forfaitaires, dit forfaits B, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de santé de dépendance physique répond à trois critères : dépendance pour se laver et s'habiller, dépendance pour se déplacer et aller à la toilette et dépendance pour incontinence et/ou pour manger.

Les honoraires forfaitaires B ne peuvent être attestés que si par journée de soins une toilette a été effectuée. La toilette doit comprendre l'ensemble des soins infirmiers se rapportant à la globalité des soins d'hygiène y compris préventif; elle se complète, le cas échéant par la mobilisation du patient. La toilette doit comprendre les soins d'hygiène, soit le bain, les soins de bouche, des dents, des ongles et de la chevelure.

En d'autres termes, la toilette doit être complète. (...) »

1.4.2 **Fondements du grief**

Le grief se fonde, d'une part, sur la déclaration des assurés, confortée par l'analyse de feuilles de tournées, et, d'autre part, sur l'analyse des données informatisées transmises et authentifiées par les différents organismes assureurs conformément au prescrit de l'article 138 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

1.4.3 **Conclusion**

Les 3 cas investigués ont été retenus

Cas	Bénéficiaires	425014	425110	425294	425412	425515	425692	Indu total	Indu par différence
1	L.			135			57	6.711,30 €	
				8			6		431,60 €
2	S.			168			75	8.649,24 €	
3	J.	71	91		1	9		588,75 €	
TOTAUX		71	91	311	1	9	138	15.949,29 €	431,60 €
							621		16.380,89 €

Le grief est formulé :

- pour 3 bénéficiaires et 607 prestations attestées du 05/07/2010 au 31/08/2011, à savoir : 71 x 425014 W0,879 ; 91 x 425110 W1,167 ; 1 x 425412 W1,206 ; 9 x 425515 W1,754 ; 303 x 425294 W7,371 et 132 x 425692 W10,944 à concurrence d'un indu total de 15.949,29 €.
- pour 1 bénéficiaire et 14 prestations attestées du 01/06/2011 au 30/06/2011, à savoir : 8 x 425294 W7,371 et 6 x 425692 W10,944 à concurrence de 523,68 €.
Toutefois en lieu et place de ces 14 prestations litigieuses, les actes suivants auraient pu être portés en compte : 8 x 424270 W 0,484 ; 6 x 424432 W0,730 ; 8 x 425014 W0,879 et 6 x 425412 W1,206 à concurrence de 92,08 €. L'indu par différence vaut donc 523,68 € - 92,08 € = 431,60 €

Mme A., infirmière cogérante de la SPRL B. a reconnu la validité du grief.

1.5 **Grief 5**

Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer les documents réglementaires visés dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans la présente loi au sens de l'article 73bis, 2°, dans ses arrêtés et règlements d'exécution, dans les conventions et accords conclus en vertu de cette même loi, en ce sens que les conditions prévues à l'article 8, § 5, 1° de la nomenclature des prestations de santé relatives au degré de dépendance physique requis pour pouvoir porter en compte les honoraires forfaitaires visés à la rubrique II du § 1^{er}, 1° et 2° de l'article 8 de la nomenclature n'étaient pas remplies ce qui rendait ces derniers non attestables.

Ces faits relèvent des dispositions de l'article 142, § 1^{er}, 2° de la LC.

En l'espèce il s'agit de 3 cas pour lesquels les déclarations des assurées et d'une ex-collaboratrice de la SPRL B., ainsi que l'évaluation du degré de dépendance effectuée par le Service ont démontré une surévaluation des critères des échelles d'évaluation, ayant entraîné de ce fait une facturation de forfaits A et B non attestables.

1.5.1 Base légale

Le grief se base sur la conjonction des critères de dépendance physique tels qu'ils sont définis à l'art. 8, § 5, 1° de la NPS avec les libellés des prestations correspondant aux honoraires forfaitaires dits forfaits A et B tels qu'ils figurent à l'art. 8, § 1^{er} de la NPS et qui exigent :

- pour les forfaits A, une cotation de dépendance de 3 ou 4 pour le critère se laver et le critère s'habiller ainsi que de 3 ou 4 pour le critère transfert et déplacements et/ou le critère aller à la toilette
- pour les forfaits B, une cotation de dépendance de 3 ou 4 pour le critère se laver, le critère s'habiller, le critère transfert et déplacements et le critère aller à la toilette ainsi que de 3 ou 4 pour le critère continence et/ou le critère manger

1.5.2 Conclusion

Les 3 cas investigués ont été retenus

Cas	Bénéficiaires	425272	425670	425294	425692	Indu
1	I.	16	3			326,77 €
2	P.			30	15	1.618,50 €
3	Q.			30	17	1.710,58 €
TOTAUX		16	3	60	32	3.655,85 €
		111				

Prestations qui auraient dû être attestées :

Cas	Bénéficiaires	425014	425110	425272	425412	425515	425670	Indu
1	I.	16	16		3	3		171,59 €
2	P.	30	30		30	30		436,95 €
3	Q.			30			17	884,67 €
TOTAUX		46	46	30	33	33	17	1.493,21 €
		205						

Le grief est formulé pour 3 bénéficiaires et 111 prestations attestées du 01/01/2011 au 31/08/2011, à savoir : 16 x 425272 W3,825 ; 60 x 425294 W7,371 ; 3 x 425670 W5,710 et 32 x 425692 W10,944 à concurrence d'un indu de 3.655,85 €.

Toutefois en lieu et place de ces prestations litigieuses, les actes suivants auraient pu être portés en compte : 46 x 425014 W0,879 ; 46 x 425110 W1,167 ; 30 x 425272 W3,825 ; 33 x 425412 W1,206 ; 33 x 425515 W1,754 et 17 x 425670 W5,710 concurrence de 1.493,21 €.

L'indu par différence s'établit donc à 3.655,85 € - 1.493,21 € = 2.162,64 €.

Mme A., infirmière cogérante de la SPRL B. a reconnu la validité du grief.

1.6 **Grief 6**

Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer les documents réglementaires visés dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans la présente loi au sens de l'article 73bis, 2°, dans ses arrêtés et règlements d'exécution, dans les conventions et accords conclus en vertu de cette même loi, s'agissant de prestations d'administration de médicaments non attestables car non respectées par une prescription médicale comme le prévoit l'article 8 § 2.

Ces faits relèvent des dispositions de l'article 142, § 1^{er}, 2° de la LC.

En l'espèce, il s'agit d'un assuré pour lesquelles des prestations d'administration de médicaments furent attestées sans respect du libellé de la prescription médicale.

1.6.1 **Base légale du grief**

La base légale du grief repose sur le fait qu'une prestation technique de soins infirmiers ne peut être remboursée que si elle a été prescrite par un médecin.

L'article 8 § 2 de la nomenclature des prestations de santé mentionne :

"§ 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 § 1^{er}, 1°, 2...

"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.

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.

1.6.2 **Conclusion**

Le cas investigué a été retenu.

Cas	Bénéficiaire	423076	425036	Indu
1	J.	2	2	8,20 €
TOTAUX		4		8,20 €

Le grief est formulé pour 1 bénéficiaire et 4 prestations attestées les 29 et 30/06/2011, à savoir : 2 x 423076 W0,484 et 2 x 425036 W0,879 à concurrence d'un indu total de 8,20 €.

Mme A. a reconnu implicitement la validité du grief.

1.7 Grief 7

Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer les documents réglementaires visés dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans la présente loi au sens de l'article 73bis, 2°, dans ses arrêtés et règlements d'exécution, dans les conventions et accords conclus en vertu de cette même loi, s'agissant de l'utilisation de codes inappropriés de la nomenclature.

Ces faits relèvent des dispositions de l'article 142, § 1^{er}, 2° de la LC.

En l'espèce Madame A. a utilisé le code pour les soins à domicile alors que les 6 assurés résident dans une institution pour adultes handicapés.

1.7.1 Base légale du grief

La base légale du grief repose sur l'article 8 de la NPS qui précise :

"Art. 8. § 1^{er}. Les prestations suivantes sont considérées comme des prestations qui requièrent la qualification d'infirmière graduée ou assimilée, d'accoucheuse, d'infirmière brevetée, d'hospitalière/assistante en soins hospitaliers ou assimilée, appelées ci-après praticiens de l'art infirmier (W). (...)"

"3° Prestations effectuées au cours d'une séance de soins infirmiers soit au cabinet du praticien de l'art infirmier, soit au domicile ou à la résidence communautaires, momentanés ou définitifs, de personnes handicapées, soit dans une maison de convalescence."

1.7.2 Fondement du grief

Le grief se fonde sur la déclaration de la directrice d'un service résidentiel pour adultes handicapés « » et sur l'analyse des données informatisées transmises et authentifiées par les différents organismes assureurs conformément au prescrit de l'article 138 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

En date du 01/03/2012, Mme C., directrice du service résidentiel pour adultes handicapés « ... » déclare (cf. pièce 1.427):

« (...) L'... est un service résidentiel pour adultes handicapés mentaux. C'est un service agréé et partiellement subsidié par l'AWIP. Il accueille 15 adultes sur le site de et 9 sur le site de ..., et accueille aussi 3 adultes en centre de jour. (...) »

1.7.3 Conclusion

Les 6 cas investigués ont été retenus.

Prestations attestées et indues

Cas	Bénéficiaires	425014	425110	425412	425272	425515	425670	Montant indu
1	D.				83		33	2.112,05 €
2	E.	87(*)	87(*)	30	10	30		1.260,64 €(*)
3	F.				89		23	1.968,59 €
4	G.	86	86	23		23		1.006,79 €
5	M.				90		35	2.271,45 €
6	H.				85		23	1.904,83 €
TOTAUX		173(*)	173(*)2	53	357	53	164	10.524,35 €(*)
		973(*)						

Prestations attestables

Cas	Bénéficiaires	425810	425913	426075	Montant
1	D.			116	1.767,84 €
2	E.	117(*)	117(*)	10	1.053,30 €(*)
3	F.			112	1.706,88 €
4	G.	109	109		839,30 €
5	M.			125	1.905,00 €
6	H.			108	1.645,92 €
TOTAUX		226(*)	226(*)	471	8.918,24 €(*)
		923			

Le grief est formulé pour 6 bénéficiaires et 973 prestations attestées du 01/01/2011 au 31/08/2011, à savoir : 173 x 425014 W0,879 ; 173 x 425110 W1,167 ; 53 x 425412 W1,206 ; 53 x 425515 W1,754 ; 357 x 425272 W3,825 et 164 x 425670 W5,710 à concurrence d'un montant indu de 10.524,35 €.

Toutefois en lieu et place de ces prestations litigieuses, les actes suivants devaient être portés en compte, à savoir : 226 x 425810 W0,655 ; 226 x 425913 W1,167 et 471 x 426075 W,605 à concurrence d'un montant de 1.493,21 €.

L'indu par différence vaut $10.524,35 \text{ €} - 8.918,24 \text{ €} = \underline{1.606,11 \text{ €}}$

Mme A. a reconnu implicitement la validité du grief.

1.8 Tableau synoptique

GRIEF	CODE PRESTATION	NOMBRE	INDU TOTAL	INDU PAR DIFFÉRENCE
1 Non effectué PVC du 31/10/2012	423076	46	2.586,97 €	
	423275	20		
	425014	72		
	425036	22		
	425110	72		
	425272	18		

GRIEF	CODE PRESTATION	NOMBRE	INDU TOTAL	INDU PAR DIFFÉRENCE
	425412	94		
	425434	10		
	425515	94		
	425670	26		
2 Double facturation PVC 31/10/2012	423076	69	549,72 €	
	423275	24		
	425014	23		
	425036	23		
	425051	23		
	425412	8		
	425434	8		
3 Tiers non habilité PVC 31/10/2012	424454	1	9.142,65 €	
	424292	1		
	425014	131		
	425110	135		
	425412	35		
	425515	36		
	425272	94		
	425294	98		
	425316	24		
	425670	36		
4 Soins d'hygiène non conforme PVC 31/10/2012	425014	71	15.949,29 €	
	425110	91		
	425412	1		
	425515	9		
	425294	303		
	425692	132		
	425294	8		
	425692	6		
5 Surévaluation Katz PVC 31/10/2012	425272	16		2.162,64 €
	425294	60		
	425670	3		
	425692	32		
6 Prescription méd. PVC 31/10/2012	423076	2	8,20 €	
	425036	2		
7 Erreur codes nomenclature PVC 31/10/2012	425014	173(*)		1.606,11 €(*)
	425110	173(*)		
	425272	357		
	425412	53		
	425515	53		
	425670	164		
Montant des 2 indus			28.236,83 €(*)	4.200,35 €(*)
				32.437,18 €(*)

Pour ces griefs, l'indu total a été évalué à 32.437,18 €

Ni Madame A. ni la SPRL B. n'a procédé au remboursement de l'indu.

2 DISCUSSION

2.1. QUANT AU FONDEMENT DES GRIEFS

Ni Madame A. ni la SPRL B. n'ont fait parvenir au S.E.C.M. de moyens de défense en réponse à la note de synthèse envoyée le 25 septembre 2013.

On peut donc en déduire que les faits reprochés ne sont pas contestés.

Les griefs sont donc incontestablement établis au regard des éléments repris notamment dans la note de synthèse susvisée.

2.2. QUANT À L'INDU

Les griefs ont entraîné des débours indus dans le chef de l'assurance obligatoire soins de santé pour un montant de 32.437,18 euros.

Madame A. n'a pas contesté le fondement des manquements énoncés par le SECM, ni l'existence d'un indu ou le montant de celui-ci qui a été calculé au cours de l'enquête. Le montant de l'indu tel que calculé par le SECM doit donc être déclaré fondé.

Il y a lieu d'ordonner que Madame A. procède au remboursement de l'indu, en application de l'article 142, §1^{er}, alinéa 1^{er}, 1^o et 2^o, de la loi ASSI, soit la somme 32.437,18 euros.

Cependant, c'est la SPRL B. qui a perçu l'ensemble de ces remboursements.

Dès lors, en application de l'article 164, alinéa 2 de la loi ASSI, l'asbl doit être condamnée solidairement avec Madame A. au remboursement de la valeur des prestations indues.

2.3. QUANT À LA SANCTION ADMINISTRATIVE

2.3.1. Législation applicable

Plusieurs lois se sont succédé dans le temps :

1. A l'époque où les faits litigieux ont été commis, s'agissant de prestations de soins antérieures au 1^{er} juillet 2011, les mesures applicables étaient les suivantes :

- pour les 1^{er} et 2^{ème} griefs (prestations non effectuées) : 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 de la valeur des prestations concernées (article 73bis, 1^o et article 142, §1^{er}, al.1^{er}, 1^o, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994) ;
- pour les griefs 3 à 7 (prestations non conformes) : remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé et une amende administrative comprise entre 5 % et 150 % du montant de la valeur des prestations concernées (article 73bis, 2^o, et article 142, §1^{er}, al.1^{er}, 2^o, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994).

2. La loi du 6 juin 2010 introduisant le Code pénal social (M.b. du 1^{er} juillet 2010, p. 43.712, ci-après CPS), entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2011 (article 111 de la loi du 6 juin 2010), a apporté les modifications suivantes :

- sanction applicable aux dispensateurs de soins (article 225, 3^o du C.P.S.) : soit une amende pénale de 50 à 500 €, soit une amende administrative de 25 à 250 euros (article 101 du CPS), à majorer des décimes additionnels (article 102 du CPS).

3. La loi du 15 février 2012 (M.b. du 8 mars 2012, p. 14.267) a toutefois abrogé l'article 225, 3^o du Code pénal social et a modifié l'article 169 de la loi ASSI coordonnée en précisant notamment que "*Les infractions sont sanctionnées conformément au Code pénal social, à l'exception des infractions à charge des dispensateurs de soins et des personnes assimilées définies à l'article 2, n), visées et poursuivies conformément aux articles 73, 73bis, 138 à 140, 142 à 146bis, 150, 156, 164 et 174.*"

La loi du 15 février 2012 est entrée en vigueur le dixième jour suivant celui de sa publication au Moniteur belge, soit le 18 mars 2012.

Dès lors, depuis le 18 mars 2012, les mesures visées au point 1 ci-dessus sont à nouveau d'application.

Trois régimes de sanctions se succèdent dans le temps, le 2^{ème} régime étant plus favorable que les 1^{er} et 3^{ème} régimes, par ailleurs similaires;

Or, en vertu de l'article 2 du Code pénal, qui instaure un principe général de droit, si la peine établie au temps du jugement diffère de celle qui était portée au temps où l'infraction fût commise, la peine la moins forte sera appliquée.

Si plus de deux législations se succèdent entre le moment où l'infraction a été commise et le moment où l'infraction est jugée, «(...) *Le juge appliquera donc la loi la plus douce, quelle qu'elle soit, et alors même qu'elle n'aurait été en vigueur ni lors de la commission de l'infraction ni lors du jugement. Les travaux préparatoires du Code pénal sont formels à cet égard: «La peine ne se justifiant que par la nécessité, il suffit que, durant un instant, cette nécessité se soit modifiée pour que le prévenu puisse demander à la société le bénéfice de cette modification » (...)* (F. KUTY, Principes généraux du droit pénal, Larcier, Bruxelles, t. 1, 2^{ème} éd., 2009, pp. 271-272).

Dans un litige où trois lois pénales se faisaient suite, la Cour de cassation a en effet estimé que la loi pénale la moins sévère trouvait à s'appliquer, et ce, même s'il s'agissait de la loi intermédiaire (Cass., 2^{ème} ch., 8 novembre 2005, RG P.50915N, disponible sur <http://www.jure.juridat.just.fgov.be>).

Dans le présent litige, la sanction la moins forte est la sanction prévue par le CPS et d'application du 1^{er} juillet 2011 au 17 mars 2012 inclus, soit la sanction de niveau 2 constituée d'une amende pénale de 50 à 500 € ou d'une amende administrative de 25 à 250 € (article 101 du CPS), à majorer des décimes additionnels (article 102 du CPS).

Par conséquent, la seule sanction qui peut le cas échéant être infligée en l'espèce, est la sanction de niveau 2 prévue à l'article 101 du CPS soit une amende administrative de 25 à 250 € (article 101 du CPS), majorée des décimes additionnels (article 102 du CPS).

En ce qui concerne ces décimes additionnels, l'article 1^{er} de la loi du 5 mars 1952 relative aux décimes additionnels sur les amendes pénales a été modifié par l'article 36 de la loi du 7 février 2003 portant diverses dispositions en matière de sécurité routière (M.b., 25 février 2003) : le mot "quarante" a été remplacé par le mot "quarante-cinq".

«Ajouter un décime à une somme consiste à majorer cette somme d'un dixième de son montant. La majoration de quarante-cinq décimes équivaut donc à une multiplication par cinq et demi.» (voy. notamment Cass., 24.02.2010, P.09.1767.F et Cass., 10 mars 2010, P.09.1692.F).

Ce qui signifie que le montant de l'amende majorée de quarante-cinq décimes, est obtenu en multipliant cette amende par 5,5.

En effet, si un décime équivaut à 10 % du montant à majorer, 45 décimes équivalent à 450% : on doit ajouter à l'amende retenue un montant équivalent à 450% de cette amende.

Le fonctionnaire dirigeant peut donc infliger à Madame A. des amendes administratives comprises entre 137,50 € et 1.375 €.

2.3.2. En l'espèce

Le service estime que deux amendes administratives doivent être infligées.

2.3.2.1. Les premier et deuxième griefs

Ces griefs concernent des prestations non effectuées. C'est le manquement le plus grave qui puisse être reproché à un dispensateur de soins. Sur une période très courte soit 8 mois pour le 1^{er} grief et 1 mois pour le 2^e grief, Madame A. a porté en compte non moins de 474 prestations pour le 1^{er} grief et 186 pour le 2^e grief qu'elle n'avait pas effectuées.

Ce comportement est inacceptable dans le chef d'un dispensateur de soins habilité à porter des prestations en compte à l'assurance obligatoire. Les responsabilités que les dispensateurs assument dans ce cadre justifient que l'on attende d'eux un minimum de rigueur et de probité qui fait totalement défaut en l'espèce.

En conséquence, le fonctionnaire dirigeant estime qu'une sanction sévère doit être infligée à Madame A.. Il la condamne donc à payer une amende de 250 euros majorée des décimes additionnels (x 5,5), soit un montant total de 1.375,00 euros.

2.3.2.2. Les griefs 3 à 7

L'ensemble des griefs de non-conformité reprochés à Madame A. porte le préjudice subi par l'assurance soins de santé au montant très important de 29.300,49 euros.

Ce qui est reproché à Madame A., soit faire exécuter les prestations par des aides soignantes, n'effectuer qu'une toilette incomplète, surévaluer les échelles de Katz, ne pas respecter le libellé d'une prescription ou encore, dans le cadre du grief 7, utiliser un code plus avantageux financièrement, révèle le peu d'égards dont elle fait preuve vis-à-vis des obligations réglementaires qui s'imposent à elle.

On notera encore que Madame A. a, en tant que co-gérante de la SPRL B., reçu en 2010 un PVC concernant des griefs formulés à l'encontre de cette SPRL (Dossier 08/0684/00).

Bon nombre des griefs formulés à l'époque, se retrouvent à nouveau dans le présent dossier comme la facturation de prestations non effectuées et de prestations réalisées par des tiers non habilités.

Madame A. n'a donc pas retenu les enseignements de la précédente enquête en n'adaptant pas son comportement pour le conformer au prescrit de la NPS. Ceci est inacceptable.

Tout ce qui précède justifie qu'une sanction très sévère soit infligée à Madame A..

Le fonctionnaire dirigeant la condamne donc à payer une amende de 250 euros majorée des décimes additionnels (x 5,5), soit un montant total de 1.375,00 euros.

* *

*

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 établis ;
- Condamne solidairement Madame A. et la SPRL B. à rembourser la valeur des prestations indues s'élevant à 32.437,18 euros ;
- Condamne Madame A. à payer une amende de 250 euros majorée des décimes additionnels (x 5,5), soit un montant total de 1.375,00 euros (art. 101 et 102, Code pénal social) pour les 1^{er} et 2^{ème} griefs ;
- Condamne Madame A. à payer une amende de 250 euros majorée des décimes additionnels (x 5,5), soit un montant total de 1.375,00 euros (art. 101 et 102, Code pénal social) pour les griefs 3 à 7.

Ainsi décidé à Bruxelles, le 17 février 2014

Le Fonctionnaire – dirigeant,

Dr Bernard HEPP
Médecin-directeur général