

**DECISION DU FONCTIONNAIRE-DIRIGEANT DU 28 SEPTEMBRE 2017
BRS/F/17-011**

Concerne : **Madame A.**
Infirmière graduée

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

1 GRIEFS FORMULES

Quatre griefs ont été formulés 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 d'avoir :

Grief 1

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.

Infraction visée à l'art 73 bis 1° de la loi ASSI coordonnée le 14 juillet 1994

Base légale et réglementaire

- a. Loi coordonnée le 14 juillet 1994
- b. Nomenclature des prestations de santé, art 8 §1^{er}, §3

Prestations en cause

425014...Première prestation de base de la journée de soins, la semaine...**W0, 879**

425110...Soins d'hygiène (toilettes), la semaine...**W1, 167**

425412...Première prestation de base de la journée de soins - week-end et jour férié - ...**W1, 206**

425515...Soins d'hygiène (toilettes) - week-end et jour férié - ...**W1, 754**

424336...Soins de plaie(s), la semaine...**W 1,459**

424491...Soins de plaie(s) simples, le week-end et jour férié...**W 2,189**

425272... Honoraires forfaitaires, dits forfait A, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants:

- dépendance pour le critère se laver et le critère s'habiller (score 3 ou 4), et

- dépendance pour le critère transfert et déplacements et/ou le critère aller à la toilette (score 3 ou 4)...**W3, 825**

425670... Honoraires forfaitaires, dits forfait A, accordés une seule fois par journée de soins (week-end et jour férié) pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants:

- dépendance pour le critère se laver et le critère s'habiller (score 3 ou 4), et

...

- dépendance pour le critère transfert et déplacements et/ou le critère aller à la toilette (score 3 ou 4)...**W5, 71**

425294... Honoraires forfaitaires, dits forfait B, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants:

- dépendance pour le critère se laver et le critère s'habiller (score 3 ou 4), et

- dépendance pour le critère transfert et déplacements et le critère aller à la toilette (score 3 ou 4), et

- dépendance pour le critère continence et/ou pour le critère manger (score 3 ou 4)...**W, 371**

425692... Honoraires forfaitaires, dits forfait B, accordés une seule fois par journée de soins (week-end et jour férié) pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants:

- dépendance pour le critère se laver et le critère s'habiller (score 3 ou 4), et

- dépendance pour le critère transfert et déplacements et le critère aller à la toilette (score 3 ou 4), et

- dépendance pour le critère continence et/ou pour le critère manger (score 3 ou 4)...**W10, 944**

Grief 2

Rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer les documents réglementaires permettant le remboursement des prestations de santé lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, dans ses arrêtés et règlements d'exécution, dans les conventions et accords conclus en vertu de cette même loi.

Infraction visée à l'art 73 bis 2° de la loi ASSI coordonnée le 14 juillet 1994

Déclassement FA en T7 pour un assuré et déclassement de FB en FA pour 2 assurés.

Base légale et réglementaire

a. Loi coordonnée le 14 juillet 1994

b. Nomenclature des prestations de santé art 8 §1^{er}

Prestations en cause

425014...Première prestation de base de la journée de soins, la semaine...**W0, 879**

425110...Soins d'hygiène (toilettes), la semaine...**W1, 167**

425412...Première prestation de base de la journée de soins - week-end et jour férié -...**W1, 206**

425515...Soins d'hygiène (toilettes) - week-end et jour férié - **W1, 754**

425272... Honoraires forfaitaires, dits forfait A, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants:

- dépendance pour le critère se laver et le critère s'habiller (score 3 ou 4), et

- dépendance pour le critère transfert et déplacements et/ou le critère aller à la toilette (score 3 ou 4)...**W3, 82**

425670... Honoraires forfaitaires, dits forfait A, accordés une seule fois par journée de soins (week-end et jour férié) pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants:

- dépendance pour le critère se laver et le critère s'habiller (score 3 ou 4), et
- dépendance pour le critère transfert et déplacements et/ou le critère aller à la toilette (score 3 ou 4)...**W5, 71**

425294... Honoraires forfaitaires, dits forfait B, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants:

- dépendance pour le critère se laver et le critère s'habiller (score 3 ou 4), et
- dépendance pour le critère transfert et déplacements et le critère aller à la toilette (score 3 ou 4), et
- dépendance pour le critère continence et/ou pour le critère manger (score 3 ou 4)...**W7, 371**

425692... Honoraires forfaitaires, dits forfait B, accordés une seule fois par journée de soins (week-end et jour férié) pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants:

- dépendance pour le critère se laver et le critère s'habiller (score 3 ou 4), et
- dépendance pour le critère transfert et déplacements et le critère aller à la toilette (score 3 ou 4), et
- dépendance pour le critère continence et/ou pour le critère manger (score 3 ou 4)...**w10, 944**

Grief 3

Rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer les documents réglementaires permettant le remboursement des prestations de santé lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, dans ses arrêtés et règlements d'exécution, dans les conventions et accords conclus en vertu de cette même loi.

Infraction visée à l'art 73 bis 2° de la loi ASSI coordonnée le 14 juillet 1994

Dossier infirmier incomplet concernant les soins de plaie.

Base légale et réglementaire

- a. Loi coordonnée le 14 juillet 1994
 - b. Nomenclature des prestations de santé art 8 §1 et § 4,2°
- (...)

"2° Le contenu minimal du dossier infirmier comporte au moins :

- les données d'identification du bénéficiaire;
- l'échelle d'évaluation telle que prévue au § 5 chaque fois que la nomenclature l'exige;
- le contenu de la prescription telle que prévue au § 2 (copie ou

transcription de la prescription en cas de dossier automatisé) chaque fois que la nomenclature l'exige;

- les données d'identification du prescripteur chaque fois que la nomenclature l'exige;
- l'identification des soins infirmiers effectués au cours de chaque journée de soins;
- l'identification des praticiens de l'art infirmier qui ont dispensés ces soins;
- la mention relative à la continence visée au § 6, 4°, chaque fois que la nomenclature l'exige."

"A.R. 27.3.2012" (en vigueur 1.6.2012) + "A.R. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014)

"Lorsque les soins infirmiers dispensés au bénéficiaire comportent des prestations techniques, décrites à la rubrique I, B du § 1^{er}, 1°, 2°, 3°, 3°bis et 4° de cet article, le contenu minimal du dossier infirmier comporte alors, en plus des éléments du premier alinéa de cette disposition, également :"

"A.R. 27.3.2012" (en vigueur 1.6.2012)

- "- la planification des soins;
- l'évaluation des soins;

Les éléments relevant concernant la planification et l'évaluation des soins mentionnées dans l'alinéa précédent doivent être mentionnés au moins tous les deux mois dans le dossier infirmier."

"A.R. 27.3.2012" (en vigueur 1.6.2012) + "A.R. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014)

"Lorsque les soins infirmiers dispensés au bénéficiaire comportent des soins de plaie(s) complexes, décrits au § 8, 1° de cet article, ou lorsque les soins sont dispensés dans le cadre des honoraires forfaitaires par journée de soins pour des patients lourdement dépendants, décrits à la rubrique II du § 1^{er}, 1°, 2°, 3° et 3°bis de cet article, le contenu minimal du dossier infirmier comporte alors, en plus des éléments des deux premiers alinéas de cette disposition, également :"

"A.R. 27.3.2012" (en vigueur 1.6.2012)

- "- le dossier soins de plaie(s) spécifiques visé au § 8, 5°, chaque fois que la nomenclature l'exige.

Dans les hypothèses visées à l'alinéa 4, par dérogation à l'alinéa 3, les éléments relevant concernant la planification et l'évaluation des soins mentionnées dans le deuxième alinéa doivent être mentionnés au moins toutes les deux semaines dans le dossier infirmier."

(...)

Prestations en cause

424351 ...Soins de plaie(s) complexes... W 1,759

424513 ...Soins de plaie(s) complexes... W 2,562

Grief 4

Rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer les documents réglementaires permettant le remboursement des prestations de santé lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, dans ses arrêtés et règlements d'exécution, dans les conventions et accords conclus en vertu de cette même loi.

Infraction visée à l'art 73 bis 2° de la Loi ASSI coordonnée le 14 juillet 1994

Frais de déplacement non attestables car l'adresse de prestation ne faisait pas partie des communes situées dans les cantons électoraux visés dans le Moniteur belge du 17 mars 1984 et qui ont une densité de population inférieure ou égale à 120 habitants par km² sur la base des données de population de 1988.

Base légale et réglementaire

**Texte coordonné de la convention nationale W/9
modification prise en compte:
W/97undecies entré en vigueur le 1^{er} avril 2016.**

**Dernière
avenant**

CONVENTION NATIONALE ENTRE LES INFIRMIERES GRADUEES OU ASSIMILEES,
LES ACCOUCHEUSES, LES INFIRMIERES BREVETEES,
LES HOSPITALIERES/ASSISTANTES EN SOINS HOSPITALIERS OU ASSIMILEES
ET LES ORGANISMES ASSUREURS

.....

Art. 4. § 1^{er}. Les honoraires des prestations effectuées au domicile ou résidence du

bénéficiaire comprennent un montant moyen correspondant à 0,224 W qui couvre

forfaitairement tous les frais de déplacement des praticiens de l'art infirmier.

§ 2. Pour les prestations effectuées au domicile ou résidence du bénéficiaire situés dans les communes citées ci-après, il est accordé, en outre, pour chaque séance de soins un montant correspondant à 0,546 W (n° de code 418913) qui couvre forfaitairement tous les frais supplémentaires de déplacement des praticiens de l'art infirmier.

Les communes visées à l'alinéa précédent sont les suivantes (ce sont celles situées dans les cantons électoraux visés dans le Moniteur belge du 17 mars 1984 et qui ont une densité de population inférieure ou égale à 120 habitants par km² sur la base des données de population de 1988) ...Engis...

Prestations en cause

...418913 Frais de déplacement des praticiens de l'art infirmier et des accoucheuses... W 0,546

2. DISCUSSION**1. Quant au fond****Premier grief**

Le grief est fondé sur les déclarations des assurés ou de leurs proches, corroborées par celles du médecin traitant ainsi que sur les dossiers infirmiers et les déclarations de la prestataire qui reconnaît la validité du grief.

Il s'agit dans tous les cas de toilettes, soins à l'acte, soins de plaies simples ou forfaits attestés systématiquement tous les jours alors que les soins ne sont effectués que certains jours.

L'infraction a été constatée, dans 4 cas d'assurées, pour la période de prestations du 1^{er} octobre 2014 au 30 décembre 2015 et d'introduction aux OA, du 6 novembre 2014 au 4 janvier 2016.

Le premier grief, établi pour 246 prestations, représente un indu total de 3.241,34 €.

Deuxième grief**Premier cas : Madame B.**

Le déclassement du Forfait A en toilettes, score de 4-4-2-1-1-1 à l'échelle de KATZ, repose sur l'audition de l'assurée et l'audition de la prestataire qui a contresigné l'échelle de Katz. Madame B. vit seule, elle marche avec une canne et un cadre de marche. Elle n'est pas incontinente et mange seule des repas préparés ou surgelés. Le différentiel est reproché les mardis, jeudis, vendredis et samedis, les autres jours étant reprochés au grief 1.

Dans ses moyens de défense, Madame A. maintient que, selon l'échelle de KATZ, l'état de dépendance de l'assurée, durant la période du 2 octobre 2014 au 31 octobre 2015, correspondait effectivement à un forfait A.

Une aide était nécessaire pour les déplacements. Son état de santé a fluctué dans le temps puisque la patiente a notamment été hospitalisée pour des problèmes cardiaques.

Le Docteur C. a rédigé une attestation médicale en date du 6 octobre 2014, détaillant l'état de santé de sa patiente.

Par ailleurs, Madame A. indique que sa bonne foi peut être établie, à la lecture des documents adressés au Service, puisque le forfait A fut demandé du 3 avril 2014 au 2 octobre 2015 alors que pour les périodes du 9 janvier 2014 au 2 avril 2014 et du 3 octobre 2015 au 22 janvier 2016, ce ne sont que des toilettes qui ont été demandées. Ces documents démontrent que l'état de santé de Madame B. a bel et bien évolué dans le temps. Madame A. déclare en avoir tenu compte dans ses demandes d'autorisation de facturation au médecin-conseil.

Madame A. affirme que les constatations, réalisées par le Service, ne sauraient, en aucune façon, refléter l'état de santé de l'assurée au cours de la période litigieuse.

Elle demande que le Service tienne compte des éléments qu'elle avance pour rendre sa décision.

Après examen des moyens de défense, le Service constate que le désaccord se situe au niveau du critère « transfert et déplacements » et au niveau du critère « aller à la toilette » dont les scores pourraient faire basculer les 7 toilettes en forfait A dans le cas de cette patiente, les items continence et manger étant sans influence, dans ce cas-ci.

Pour « transfert et déplacements », le SECM score 2 alors que Madame A. score 3.

Madame B. déclare, dans son audition du 20 juin 2016, qu'elle utilise une canne et un cadre de marche. Madame A. déclare également, dans son audition, que Madame B. utilise la tribune et le gadot et qu'elle a de grandes difficultés à se déplacer. Lors de son audition, Madame A. reconnaît que d'après les directives, il faut mettre un 2.

En effet, un 2 correspond, dans les directives pour l'utilisation de l'échelle d'évaluation, à être autonome pour le transfert et les déplacements moyennant l'utilisations d'auxiliaires mécaniques (béquilles, chaise roulante...), ce qui est le cas de Madame B.

Un 3 correspond au fait d'avoir absolument besoin de l'aide d'un tiers pour au moins un transfert et/ou ses déplacements (voir les explications dans les directives).

Le Docteur C. atteste que Madame B. marche avec un gadot et qu'elle a des difficultés pour effectuer ses transferts. Il ne dit pas que les transferts sont impossibles ou que la patiente doit absolument être aidée par un tiers pour les transferts. Donc, l'attestation du Docteur C. ne fait que confirmer le score 2 pour le critère « transfert et déplacements ».

Pour « aller à la toilette », le SECM score 1 alors que Madame A. score 3.

Ni Madame B. ni le Docteur C. n'évoque de difficulté pour ce critère. Madame B. est capable d'aller seule à la toilette, de s'habiller et de s'essuyer. Madame B. n'a pas besoin de l'aide d'un tiers pour se rendre aux toilettes ou s'habiller ou s'essuyer. L'autonomie de Madame B. correspond bien à 7 toilettes par semaine et non à un forfait A.

Il ressort, des éléments exposés, que le premier cas est établi.

Deuxième cas : Madame D.

Des prestations correspondant à un état de dépendance dit forfait B ont été attestées alors que l'assurée, sur base de ses déclarations et selon les constatations des inspecteurs du SECM, présente un état de dépendance physique correspondant à un forfait A, du 23 avril 2015 au 30 novembre 2015.

Dans ses moyens de défense, Madame A. explique, qu'au moment où les prestations ont été réalisées, soit en 2015, Madame D. était dans un tel état qu'elle nécessitait l'attention de deux gardes-malades, une femme de ménage et une garde de nuit (en plus d'une infirmière).

Durant cette même période, la patiente fut alitée à plusieurs reprises, ce qui l'empêchait totalement de se laver, de s'habiller et de se déplacer.

Ne sachant pas aller seule à la toilette, il fallait la mettre sur une chaise percée, ce qui signifie qu'il fallait enlever la protection, essuyer la patiente et remettre la protection.

Après examen des moyens de défense, le Service accepte le score 4 pour le critère « aller à la toilette », vu qu'il fallait mettre la patiente sur la chaise percée, enlever la protection, l'essuyer et remettre la protection.

Ceci permet effectivement l'obtention du forfait B, attesté par Madame A., pour cette patiente.

Le Service considère donc que le deuxième cas n'est pas établi.

Troisième cas : E.

Le déclassement du Forfait B en Forfait A, score de 4-4-3-1-2-2 à l'échelle de KATZ, repose sur l'audition de l'assurée et sur un constat téléphonique avec le médecin-traitant de la patiente.

La patiente habite chez Madame A. depuis mars 2016.

Elle se déplace seule avec un gadot ou en se tenant aux meubles.

Lors de la visite des inspecteurs, le 4 juillet 2016, elle marchait sans aide.

Le Service n'a pas trouvé d'éléments probants dans les rapports médicaux, apportés le 28 octobre 2016.

Dans ses moyens de défense, Madame A. maintient que, selon l'échelle de KATZ, l'état de dépendance de l'assurée, durant la période litigieuse, correspondait à un forfait B, forfait d'ailleurs approuvé par le médecin-traitant de la patiente.

Après examen des moyens de défense, le Service constate que le désaccord se situe au niveau du critère « aller à la toilette » et au niveau « manger » dont les scores pourraient faire basculer le forfait A en B, dans le cas de cette patiente.

Pour « aller à la toilette », le SECM score 1 alors que Mme A. score 3.

Madame E., alors âgée de 66 ans, a déclaré, le 4 juillet 2016, qu'elle était en chaise roulante. Elle dit aussi qu'elle allait à la toilette avec la chaise ou le gadot. Le fait de pouvoir aller seule avec la chaise ou le gadot justifie le score 1.

Le critère « aller à la toilette » est une combinaison de 3 items : se déplacer, s'habiller et s'essuyer.

Madame A. score un 3. Mais, dans les directives pour l'utilisation de l'échelle d'évaluation, d'application depuis le 1^{er} avril 2011, que Madame A. déclare ne pas connaître, un 3 correspond à devoir être aidé entièrement pour se rendre aux toilettes et/ou s'habiller et/ou s'essuyer (aide pour 2 des 3 items : se rendre aux toilettes et/ou s'habiller et/ou s'essuyer), ce qui n'est pas le cas de la patiente.

Pour le critère « manger », le SECM score 2 alors que Madame A. score 3.

Madame A. déclare, dans son audition du 29 septembre 2016, que Madame E. mangeait des plats apportés, ce que confirme le Docteur F., en date du 5 juillet 2016, en ajoutant qu'on ne les lui donnait pas à la petite cuillère.

Ceci correspond à un score maximum de 2, suivant les directives pour l'utilisation de l'échelle d'évaluation.

Un score de 3 n'est en effet pas justifiable car, selon les directives, soit le patient a besoin de l'aide partielle de tiers au moins pendant tout le repas principal ou le patient reçoit une stimulation individualisée continue et une surveillance active continue lors de la prise de nourriture ou de boissons, ce qui n'est pas le cas de Madame E.

Ces éléments justifient un forfait A.

Le Service insiste sur le fait que **ce ne sont pas les pathologies du patient qui justifient l'obtention d'un forfait mais le manque d'autonomie du patient**, apprécié au travers de l'échelle de KATZ, elle-même explicitée dans les directives, d'application depuis le 1^{er} avril 2011.

Le fait de faire des chutes fréquentes ne peut justifier l'obtention d'un forfait B. Cette particularité n'est pas un critère de l'échelle de l'autonomie.

Les rapports médicaux produits pour Madame E. sont sans intérêt pour l'appréciation de son autonomie.

D'autre part, les échelles de KATZ approuvées par le Docteur F. (pièces 4/1 à 4/4) ainsi que l'attestation en pièce 3 sont peu fiables au vu des déclarations du Docteur F. en date du 5 juillet 2016 : « ... L'infirmière était A. Elle est d'ailleurs venue me demander de régulariser sa situation la semaine dernière. Elle devait mettre ses dossiers en ordre. J'ai signé des échelles de Katz. Je lui ai dit que je n'aimais pas beaucoup cette façon de pratiquer. Je ne connais pas les implications de ces échelles... »..

Il ressort, de ces déclarations, que le Docteur F. a signé des échelles de KATZ sans en connaître la teneur ni les conséquences.

Tout ceci justifie un forfait A et non le forfait B, attesté par Mme A.

Il ressort, des éléments du dossier, que le troisième cas du deuxième grief est établi.

L'indu total du deuxième grief, établi pour les premier et troisième cas, s'élève à 5.0007, 55 €.

Troisième grief

Le dossier infirmier est incomplet concernant les soins de plaie. N'y figurent ni le plan de soins ni l'évaluation des soins, exigés par l'art 8 de la nomenclature des soins infirmiers.

Le dossier soins de plaie n'est donc pas conforme.

Un mois de prestations est porté à grief.

Le Service considère que le troisième grief est établi.

Quatrième grief

Des frais de déplacement, non attestables, ont été indûment attestés.

Madame A. a reconnu qu'il s'agit d'une erreur, de sa part, d'avoir facturé le code 418913.

Le quatrième grief est donc établi.

2. Quant à l'indu

Pour ces quatre griefs, l'indu total s'élève à 8.864,06 €.

Madame A. a procédé au remboursement partiel (1.260,56 €) de l'indu le 10 mai 2017, pour un montant de 900,40 € et les 8 juin 2017 et 19 juillet 2017, pour un montant de 180,08 €.

3. Quant aux amendes administratives

Législation applicable

Les prestations ont été introduites auprès des organismes assureurs entre le 1^{er} janvier 2014 et le 31 mai 2016.

En vertu de l'article 169 de la loi ASSI, les sanctions applicables sont celles visées à l'article 142, §1, 1^o et 2^o de la loi ASSI qui stipule :

« §1^{er}. 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 73 bis :

1^o 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 en cas d'infraction aux dispositions de l'article 73bis, 1^o

2^o 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^o».

Quant au montant des amendes administratives

En l'espèce, le Service d'évaluation et de contrôle médicaux estime nécessaire de prononcer des amendes administratives à charge de Madame A.

D'une part, Madame A. a porté en compte, à l'assurance obligatoire soins de santé, des prestations qui n'ont pas été effectuées. Cette infraction est la plus grave qui puisse être reprochée à un dispensateur de soins.

Madame A. a également porté en compte à l'assurance des prestations non conformes.

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 de soins assument, dans ce cadre, justifient que l'on attende d'eux un minimum de rigueur et de probité, qui ont fait défaut, en l'espèce.

Ce comportement est également inexcusable au regard de la formation et de l'expérience professionnelle de Madame A.

Les agissements de Madame A. sont, non seulement, de nature à miner l'équilibre financier de l'assurance obligatoire mais également de nature à ébranler la confiance légitime que les assurés sociaux et la collectivité, dans son ensemble, accordent aux dispensateurs de soins.

Le montant indu, qui en est résulté pour l'assurance obligatoire, soit 8.864,06 €, est important.

D'autre part, Madame A., qui n'a pas d'antécédents au sein du Service, a commencé à rembourser l'indu, soit 1.260,56 €.

En tenant compte de tous ces éléments, le Fonctionnaire-dirigeant a décidé d'infliger une amende de 150% pour le premier grief, le plus grave, soit 4.862,01 € dont 100% (3.241,34 €) en amende effective et 50% (1.620,67 €) en amende assortie d'un sursis de trois ans.

Pour les deuxième, troisième et quatrième griefs, l'amende infligée est de 100% dont 50% en amende effective soit 2.503,77 € pour le deuxième grief, 89,81 € pour le troisième grief et 217,77 € pour le quatrième grief et 50% (2.811,35 €) en amendes assorties d'un sursis de trois ans.

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 établis les quatre griefs formulés, à l'exception du deuxième cas du deuxième grief ;
- Condamne Madame A. à rembourser la valeur des prestations indues s'élevant à 8.864,06 € ;
- Constate que Madame A. a remboursé la somme de 1.260,56 € ;
- Condamne Madame A. à une amende de 150% pour le premier grief, soit 4.862,01 € dont 100% (3.241,34 €) en amende effective et 50% (1.620,67 €) en amende assortie d'un sursis de trois ans ;
- Condamne Madame A. à payer des amendes de 100% pour les deuxième, troisième et quatrième griefs, soit 5.622,72 € dont 50% (2.811,35 €) en amendes effectives et 50% (2.811,35 €), en amendes assorties d'un sursis de trois ans ;
- Dit qu'à défaut de paiement des sommes dues dans les trente jours de la notification de la présente décision, des intérêts au taux légal en matière sociale, tel que prévu à l'article 2, §3, de la loi du 5 mai 1865 relative au prêt à intérêt, seront dus, de plein droit, à compter de l'expiration du délai précité.

Ainsi décidé à Bruxelles, le 28/09/2017

Le Fonctionnaire – dirigeant,

Dr Bernard HEPP
Médecin-directeur général