

**DECISION DU FONCTIONNAIRE-DIRIGEANT 24 SEPTEMBRE 2012
BRS/F/12-011**

**Madame A.
Infirmière**

**SPRL B.
Représentée par son gérant, Monsieur C.,**

**SPRL D.
Représentée par son gérant, Madame A.,**

1 GRIEF(S) FORMULE(S)

4 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 :

Grief 1 : prestations non effectuées

Avoir rédigé, faire rédiger, délivré ou faire délivrer des documents réglementaires visés dans la présente loi ou ses arrêtés d'exécution lorsque les prestations n'ont pas été effectuées ou fournies.

Le grief concerne une assurée pour laquelle depuis au moins fin 2008, aucune toilette n'est effectuée le dimanche, ni le samedi.

Base réglementaire du grief

Article 8 § 1^{er}, 1^o I et 2^o I de la Nomenclature des prestations de santé

Prestations en cause

Numéro de nomenclature 425412

Prestation de base

Numéro de nomenclature 425515

Prestations techniques de soins infirmiers

Nombre de prestations

❖ Pour la SPRL B. :

Le grief concerne 1 assurée pour la période du 6/09/2008 au 19/12/2009.

Il est formulé pour 89 prestations : 425412 x 118 et 425515 x 118.

L'indu total est de € 1.403,26. (dont € 228 concernent A.).

❖ Pour la société D.:

Le grief concerne 1 assurée pour la période du 2/01/2010 au 25/04/2010.

Il est formulé pour 68 prestations : 425412 x 34 et 425515 x 34.

L'indu total est de € 411,74.

Grief 2 : Prestations non-conformes (tiers non habilité)

Avoir rédigé, faire rédiger, délivré ou faire délivrer des documents réglementaires visés dans la présente loi ou ses arrêtés d'exécution lorsque les **prestations ne satisfont pas aux conditions** prévues dans la dite loi ou ses arrêtés d'exécution.

Il s'agit de **toilettes effectuées par un tiers** ne possédant aucune des qualifications requises par l'article 8 §1^{er}, 1^{er} alinéa de la N.P.S. et qui s'est entièrement substitué au praticien de l'art infirmier.

Ces toilettes ont été effectuées par une aide-soignante, Mme E., n° INAMI ... entre le 12 janvier 2009 et le 31 décembre 2009.

Base réglementaire du grief

Article 8 § 1^{er}, 1^{er} alinéa et § 11 de la N.P.S.

Prestations en cause

Numéro de nomenclature 425014

Prestation de base

Numéro de nomenclature 425412

Prestations effectuées au cours d'une séance de soins infirmiers durant le week-end ou un jour férié au domicile ou à la résidence du bénéficiaire

Prestation de base

Numéro de nomenclature 425110

Prestations techniques de soins infirmiers

Numéro de nomenclature 425515

Prestations effectuées au cours d'une séance de soins infirmiers durant le week-end ou un jour férié au domicile ou à la résidence du bénéficiaire

Prestations techniques de soins infirmiers

Numéro de nomenclature 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)

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

Numéro de nomenclature 425670

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)

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

Numéro de nomenclature 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)

1° Prestations effectuées au cours d'une séance de soins infirmiers au domicile ou à la résidence du bénéficiaire

Numéro de nomenclature 425692

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)

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.

Nombre de prestations

❖ Pour la SPRL B.:

Le grief concerne 9 assurés pour la période du 12/01/2009 au 31/12/2009.

Il est formulé pour 2.766 prestations : 425014 x 768, 425110 x 963, 425412 x 94,

425515 x 112, 425272 x 458, 425670 x 74, 425294 x 259 et 425692 x 38.

L'indu total est de € 24.716,23. (dont € 8.708,39 concernant A.).

❖ Pour la société D.:

Le grief concerne 8 assurés pour la période du 1/01/2010 au 23/02/2010.

Il est formulé pour 580 prestations : 425014 x 209, 425110 x 213, 425412 x 39, 425515 x 39, 425272 x 57, 425670 x 12, 425294 x 9 et 425692 x 2.

L'indu total est de € 3.467,18.

Grief 3 : Prestations non-conformes

Avoir rédigé, faire rédiger, délivré ou faire délivrer des documents réglementaires visés dans la présente loi ou ses arrêtés d'exécution lorsque les **prestations ne satisfont pas aux conditions prévues** dans la dite loi ou ses arrêtés d'exécution.

En cause, le non respect des dispositions de l'article 8, § 1^{er} 1^oII et 2^oII et § 5, 1^o de la NPS à **savoir la surévaluation des scores de dépendance physique du bénéficiaire des soins**, lors de l'introduction du formulaire de notification des soins de toilette au Médecin-Conseil, ayant pour conséquence l'attestation d'honoraires d'un montant de remboursement supérieur à celui qui aurait dû être autorisé.

Base réglementaire du grief

Article 8 § 1^{er}, 1^oII, 2^oII, et § 5, 1^o de la N.P.S.

Prestations en cause

Numéro de nomenclature 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)

1^o Prestations effectuées au cours d'une séance de soins infirmiers au domicile ou à la résidence du bénéficiaire

Numéro de nomenclature 425670

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)

2^o 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

Nombre de prestations

❖ Pour la SPRL B. uniquement:

Le grief concerne 1 assuré pour la période du 8/11/2008 au 31/08/2009.

Il est formulé pour 290 prestations : 425272 x 198 et 425670 x 92.

L'indu différentiel est de € 1.858,62.

Grief 4 : Prestations non-conformes

Avoir rédigé, faire rédiger, délivré ou faire délivrer des documents réglementaires visés dans la présente loi ou ses arrêtés d'exécution lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans la dite loi ou ses arrêtés d'exécution.

Les dites prestations sont non conformes eu égard au non respect des dispositions de l'article 8, § 3,5° et § 4,1°,2° et § 5,3°,b) de la Nomenclature des Prestations de Santé à savoir la **tenue incomplète des dossiers infirmiers**.

De manière systématique, l'identification du dispensateur des soins est absente.

Dès lors, eu égard à la tenue incomplète des dossiers infirmiers, aucun honoraire n'était dû pour toutes les prestations citées aux griefs 1 et 2.

Base réglementaire du grief

Article 8, §3, 5° et §4, 1°, 2° et §5, 3°, b) de la N.P.S.

Prestations en cause**Numéro de nomenclature 425014**

Prestation de base

Numéro de nomenclature 425110

Prestations techniques de soins infirmiers

Numéro de nomenclature 425412

Prestations effectuées au cours d'une séance de soins infirmiers durant le week-end ou un jour férié au domicile ou à la résidence du bénéficiaire

Prestation de base

Numéro de nomenclature 425515

Prestations effectuées au cours d'une séance de soins infirmiers durant le week-end ou un jour férié au domicile ou à la résidence du bénéficiaire

Prestations techniques de soins infirmiers

Numéro de nomenclature 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)

Prestations effectuées au cours d'une séance de soins infirmiers au domicile ou à la résidence du bénéficiaire

Numéro de nomenclature 425670

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)

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

Numéro de nomenclature 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)

Prestations effectuées au cours d'une séance de soins infirmiers au domicile ou à la résidence du bénéficiaire

Numéro de nomenclature 425692

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)

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

Nombre de prestations

Le grief est formulé à **titre subsidiaire** quant au montant de l'indu.

❖ Pour la SPRL B.:

Le grief concerne 9 assurés pour la période du 6/09/2008 au 31/12/2009.

Il est formulé pour 2.945 prestations : 425014 x 733, 425110 x 948, 425412 x 205, 425515 x 227, 425272 x 457, 425670 x 77, 425294 x 260 et 425692 x 38.

L'indu est de € 26.119,49.

❖ Pour la société D.:

Le grief concerne 8 assurés pour la période du 1/01/2010 au 25/04/2010.

Il est formulé pour 648 prestations : 425014 x 209, 425110 x 213, 425412 x 73, 425515 x 73, 425272 x 57, 425670 x 12, 425294 x 9 et 425692 x 2.

L'indu est de € 3.878,92.

2 DISCUSSION

1. Fondement des griefs

Quant au premier grief

Ce grief repose sur les déclarations de l'assurée elle-même, celles de sa fille ainsi que sur celles de E., l'aide-soignante.

Le 14 septembre 2010, l'assurée devait en effet déclarer :

« C'est après l'hospitalisation pour mon cœur à ... - du 15 au 18/09/2008 - que j'ai eu besoin d'infirmières pour ma toilette. (...) Ma fille vous dit que le début des toilettes remonte facilement à 3-4 ans. Depuis le début, elles ne viennent pas le samedi ni le dimanche, c'est moi qui l'ai voulu comme cela. (...) »

La fille de l'assurée, Madame F., déclare également le 15 octobre 2010 :

« Lorsque nous nous sommes vues le 14 septembre dernier, maman vous a dit que les infirmières ne venaient pas samedi et dimanche ; je n'ai pas réagi parce que c'était vrai sauf pour le samedi où elles viennent de temps en temps faire la toilette en même temps qu'un autre soin, piqûre anti-inflammatoire, par exemple, ou contrôle du sucre quand maman a eu une hypoglycémie les jours précédents.

Le dimanche par contre, elles ne viennent jamais parce que maman veut absolument regarder la messe à la télévision et ne veut personne dans ses pieds. Cela, c'est formel. Le dimanche, maman peut encore se débrouiller seule pour sa toilette . Et c'est comme cela depuis au moins fin 2008. (...) »

L'aide-soignante, E., déclare le 22 octobre 2010 :

« (...) Je suis formelle, Mme G., je n'y allais jamais ni samedi ni dimanche puisque je ne faisais que sa toilette, (...). »

Quant au 2ème grief

Ce grief se base sur les déclarations de Madame A. elle-même, sur celles de Madame E., aide soignante ainsi que sur celles de deux infirmières ayant travaillé pour Mme A., Mme H. et Mme I.;

Toutes ces déclarations vont dans le même sens et sont reprises en pages 11, 12 et 13 de la note de synthèse.

De ces déclarations, il ressort que des toilettes ont été effectuées par l'aide-soignante seule, 7 jours sur 7, 1 semaine sur 2; et du lundi au vendredi l'autre semaine ; entre le 12 janvier 2009 (on admet qu'il y a eu mise au courant par accompagnement des infirmières avant le 12) et le 31/12/2009, exception faite des jours de congé répertoriés au point 3.2.4, page 14 de la note de synthèse.

Dès lors, eu égard aux dispositions de l'article 8 §1er, 1er alinéa et § 11 de la N.P.S. :

- entre le lundi 12/01/2009 et le 31/12/2009 (hormis les jours de congé), toutes les toilettes effectuées par E. et portées en compte sous le code 425110 (+425014 si aucune autre prestation n'est attestée simultanément) ou 425272 ou 425294 étaient non attestables.

Par facilité et à l'avantage du dispensateur, les toilettes portées en compte sous le code 425515 (+425412 si aucune autre prestation n'est attestée simultanément) ou 425670 ou 425692 un jour férié de semaine soit les 13/04, 21/05, 1/06 et 25/12/2009 seront incluses dans les prestations de week-end (en effet, ces dates risquent de tomber dans les 50% des prestations non retenues à grief - voir alinéa suivant). :

- entre le lundi 12/01/2009 et le dimanche 27/12/2009 (hormis les jours de congé) toutes les toilettes effectuées par E. et portées en compte sous le code 425515 (+425412 si aucune autre prestation n'est attestée simultanément) ou 425670 ou 425692, un week-end sur 2, étaient non attestables.

Pour la clarté de l'exposé du grief, le Service a considéré que si 100 prestations de ce type ont été attestées, seules les 50 premières seront retenues à grief.

En effet, en cas d'attestation d'honoraires forfaitaires, une toilette doit être effectuée par journée de soins conformément aux dispositions de l'article 8 § 5, 3°a) de la N.P.S. Si cette toilette est effectuée par un tiers non-habilité, aucun honoraire n'est dû.

Quant au 3ème grief

Le grief repose sur les déclarations non contestées de la veuve de l'assuré.

Quant au 4ème grief

Le grief est évident dans la mesure où les pages des dossiers infirmiers photocopiés à titre exemplatif confirment formellement le grief déjà évoqué par Madame A. le 20/08/2010 et confirmé le 23/02/2011 pour la société D. ; grief évoqué aussi par l'aide-soignante E. et notamment par l'infirmière H.

Ainsi, Madame E déclare le 6 septembre 2010 :

« (...) Les cahiers de soins, je les ai vus mais je ne les remplissais pas, c'était réservé aux infirmières.(...) »

Madame H. déclare le 17 août 2010 :

« Les cahiers de soins étaient tenus au bureau, rarement chez les patients. Madame E. avait une liste de patients à soigner, pratiquement toujours les mêmes, et concernait une douzaine de toilettes, environ. Il m'est arrivé de renseigner une toilette (TC, Tdouche) sur un cahier alors que la toilette avait été faite par Madame E. C'est Mme A. qui l'exigeait ainsi. Mes collègues faisaient comme moi, même si nous ne trouvions pas cela normal.

Les cahiers ne permettent pas d'identifier la personne qui a renseigné le soin, mise à part l'écriture. S'il n'y avait rien de spécial, seul le soin était renseigné, jamais par son code de nomenclature ; s'il y avait problème, il était mentionné. (...) »

Madame A. déclare le 20 août 2010 :

« Les cahiers de soins mentionnent chaque jour les soins effectués, jamais leur n° de code, parfois une mention relative à l'évaluation des soins, mais il est impossible d'identifier le dispensateur de soins, d'autant que toutes les infirmières ne paraphent pas.(...)»

et le 23 février 2011 :

« Vous me remettez copie du Procès-Verbal de Constat du 10/02/2011. Je prends connaissance avec vous des 3 griefs qui y sont formulés et avec lesquels je suis d'accord puisque ils concernaient de la même manière mon activité pour la société B.

Pour la tenue incomplète des dossiers infirmiers, je vous ai photocopié, à votre demande, pour 3 patients cités au grief 2, quelques pages pour les mois de janvier et février 2010. (7 pages par vous et moi paraphées).(…)

Les déclarations susmentionnées précisent clairement la reconnaissance du grief ;

En conséquence de quoi, il y a lieu de déclarer établis les 4 griefs formulés à l'encontre de Madame A.;

2. Indu total et remboursements

L'indu global définitif pour les deux sociétés est de € 31.857,03.

- Pour la SPRL B. l'indu global est de 27.978,11 euros.

Une DRV a été signée par Madame A. le 26/11/2010 pour un montant de 19.311,48 euros, ramené à 15.619,99 euros, avec un plan de versements mensuels de 805 euros à partir du 15/01/2011 jusqu'au 31/12/2012 au plus tard.

Cette somme correspond à l'indu global relatif aux griefs 1, 3 et 4 et à la moitié de l'indu relatif au 2^{ème} grief comme l'a souhaité Madame A. lors de son audition du 26/11/2011 et laissant ainsi l'autre quotité à charge de la SPRL B., soit 12.358,12 euros.

Le gérant de la SPRL B., Monsieur C. a maintenu son refus de remboursement.

A la date du 31 août 2012, 18 versements de 805 euros (soit 14.490 euros), ainsi que 1 versement de 1.007,27 euros ont déjà été effectués par Madame A., ce qui donne un montant total remboursé de **15.497,27 euros**.

A ce jour, il reste donc à rembourser 122,72 euros dans le cadre de la DRV signée par Mme A. ainsi que le solde de 12.358,12 euros qui ne fait pas partie de la DRV, **soit une somme de 12.480,84 euros**.

Pour la SPRL D., l'indu global est de € 3.878,92.

Une DRV a été signée par Madame A. le 23/02/2011 pour un montant de 4.594,95 euros, ramené à 3.878,92 euros avec un plan de versements mensuels de 255,27 euros à partir du 15/03/2011 jusqu'au 31/08/2012 au plus tard.

A la date du 7 août 2012, 16 versements de € 255,27 soit € 4.084,32 ont déjà été effectués par Madame A.

Il s'en suit que Madame A. a payé, à ce jour, 205,40 euros de plus que la somme actée en DRV.

A ce jour, le montant total remboursé par Madame A. s'élève à 19.581,59 euros, la quote-part des prestations de Madame A. en tant que prestataire de soins, soit le montant de € 8.936,39 (€ 228 + € 8.708,39) étant dès lors soldée intégralement.

A ce jour, le solde restant dû s'élève donc à **12.275,44 euros**, lequel correspond à l'indu total (€ 31.857,03) – le remboursement déjà effectué par Madame A. (19.581,59€) ;

3. Sanction administrative

Attendu que les griefs ne font l'objet d'aucune contestation de la part de Madame A.;

Que tant les déclarations des assurés concernés, que celles des infirmières et de l'aide-soignante sont concordantes quant à la matérialité des faits en cause dans les différents griefs ;

Attendu que Madame A. a signé une déclaration volontaire de remboursement pour une partie substantielle de l'indu global qui résulte de ce dossier ;

Qu'elle a respecté immédiatement cet engagement en procédant, en plusieurs mensualités, au remboursement de cette somme et même davantage ;

Que s'il peut être tenu compte des circonstances qui précèdent dans la mesure de la sanction, il faut néanmoins rappeler que le premier grief concerne des prestations non effectuées ;

Que ce grief comporte, de par sa nature, un caractère de gravité maximale qui justifie l'application systématique d'une amende administrative ;

Attendu que pour les différents types d'infractions concernées, (prestations non effectuées et prestations non conformes), la sanction applicable en vertu de l'article 142, §1er, 1° et 2° de la loi ASSI, coordonnée le 14 juillet 1994, peut correspondre à un pourcentage oscillant entre 50 et 200% du montant de l'indu (prestations non

effectuées) et à un pourcentage oscillant entre 5 et 150% du montant de l'indu (prestations non conformes) ;

Que l'article 157 §1^{er} de cette même loi prévoit toutefois que le Fonctionnaire dirigeant du Service d'évaluation et de contrôle médicaux peut décider qu'il sera sursis, en tout ou en partie, à l'exécution des décisions infligeant les amendes administratives visées à l'article 142 précité ;

Qu'en l'espèce, eu égard à l'ensemble des éléments du dossier, il est justifié de prononcer à l'égard de Mme A. une amende administrative fixée à 100% du montant de l'indu (31.857,03 euros) soit, une amende de 31.857,03 euros, assortie d'un sursis de trois ans pour la moitié de celle-ci.

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 ;
- Prend acte du remboursement de la somme de **19.581,59 euros** ;
- Condamne solidairement Madame A. et la SPRL B., conformément au prescrit des articles 142, §1^{er}, 1 et 2° et 164, alinéa 2 de la loi précitée, au remboursement de la somme de **12.275,44 euros**, correspondant à la partie de l'indu total qui concerne les prestations litigieuses ayant été perçues, pour son propre compte, par la SPRL précitée ;
- Condamne Madame A. au paiement d'une amende administrative fixée à 100 % du montant de la valeur des prestations litigieuses (31.857,03 euros) soit une amende de 31.857,03 euros, dont la moitié en amende effective (15.928,51 euros) et la moitié assortie d'un sursis de trois ans (15.928,51 euros).

Ainsi décidé à Bruxelles, le 24-09-2012

Le Fonctionnaire – dirigeant,
Dr Bernard HEPP
Médecin-directeur général