

DECISION DU FONCTIONNAIRE-DIRIGEANT DU 1^{er} MARS 2013
Brs/F/12-020

Concerne : **A.,**
accoucheuse praticien de l'art infirmier - Infirmière brevetée
et
B. dont Mme A. est la gérante unique.

1 GRIEFS FORMULE(S)

3 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 ce qui suit :

Grief n° 1: Prestations non effectuées

Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer des documents réglementaires visés dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 ou ses arrêtés d'exécution lorsque les prestations n'ont pas été effectuées ou fournies au sens de l'article 73bis 1°.

Ces faits relèvent des dispositions de l'article 142, § 1er, 1° de la Loi coordonnée.

Base réglementaire du grief

Les prestations en cause relèvent de l'article 8, §1er, de la Nomenclature des prestations de santé.

Prestations en cause

Il s'agit de soins de plaie(s) spécifiques et des prestations de base correspondantes attestés un vendredi (424373 W2,900 + 425014 W0,879), un samedi ou un dimanche (424535 W4,350 + 425412 W1,206) du 11/04/2010 au 22/08/2010.

Nombre de prestations

Le grief concerne 1 assuré et porte sur 21 prestations, attestées durant la période du 11/04/2010 au 22/08/2010, pour un **indu de 165,54 €** ventilé comme suit :

-	8x424535 à	13,61 €	108,88 €
-	8x425412 à	3,78 € soit	30,24 €
-	2x424373 à	9,07 € soit	18,14 €
-	3x425014 à	2,76 € soit	8,28 €

On notera que le 28/05/2010, une prestation 425014 est attestée seule, sans sa prestation technique.

Grief 2 : Prestations non-conformes

Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer des documents réglementaires visés dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14/07/1994, lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans ladite loi, ses arrêtés d'exécution ou les conventions ou accords conclus en vertu de cette même loi, au sens de l'article 73bis, 2°, s'agissant d'honoraires forfaitaires A et B prévus au point II de l'article 8, § 1er, 1° et 2° de la nomenclature alors que le degré de dépendance des bénéficiaires, tel qu'il est défini à l'article 8, § 5, 1° de la nomenclature et exigé par le libellé des honoraires forfaitaires A et B, n'était pas atteint.

Ces faits relèvent des dispositions de l'article 142, § 1er, 2° de la Loi coordonnée du 14 juillet 1994.

Base réglementaire du grief

Les prestations en cause relèvent de l'article 8 §1^{er} et de l'article 8 § 5, 1° de la Nomenclature des prestations de santé.

Prestations en cause

En l'espèce, il s'agit de 6 cas de bénéficiaires pour lesquels une surévaluation des critères établissant leur degré de dépendance a été démontrée par un examen de contrôle effectué par le SECM et confirmée par les déclarations des bénéficiaires et/ou de leurs proches ainsi que par les aveux des dispensatrices de soins concernés.

Les prestations litigieuses ont été imputées à Mme A. (INAMI n° 4-72557-27-408) et à Mme C. (INAMI n° 4-84932-68-408) sur base d'AGSD signées par Mme A. et introduites au remboursement pour compte de la SPRL « B. ».

Nombre de prestations

Le grief est formulé pour 2.144 prestations attestées du 02/06/2009 au 31/08/2010, à savoir 843 x 425272 W3,825 ; 654 x 425294 W7,371 ; 357 x 425670 W5,710 et 290 x 425692 W10,944 à concurrence d'un indu dont le montant s'élève à 52.548,67 €.

Toutefois, en lieu et place des prestations litigieuses, les actes suivants auraient pu être portés en compte : 1.063 x 425110 W1,167 ; 1.063 x 425014 W0,790 ; 465 x 425515 W1,754 ; 465 x 425412 W1,206 ; 423 x 425272 W3,825 et 193 x 425670 W5,710 à concurrence d'un montant de 25.569,90 €.

Indu différentiel

En conséquence, l'indu total pour le 2^{ème} grief s'établit par différence et s'élève à 52.548,67 € - 25.569,90 € soit **26.978,77 €**.

Remboursements

Mme A. a reconnu la matérialité des faits et a accepté de rembourser volontairement l'intégralité des indus correspondant aux PVC des 23/05/2011 et 30/06/2011.

Elle a partiellement respecté ses engagements de paiements.

Grief n° 3 : Prestations non-conformes

Avoir porté en compte à l'assurance obligatoire soins de santé des prestations de soins qui ne satisfont pas aux conditions prévues dans la présente loi, ses arrêtés d'exécution ou les conventions ou accords conclus en vertu de cette même loi au sens de l'article 73 bis, 2°, en ce sens que les prestations de soins de plaie(s) spécifiques prévues à l'article 8, § 1er, 1°, I, B et 2°, I, B de la nomenclature des prestations de santé (NPS) ont été attestées sans respecter les précisions relatives à ces prestations

relatées à l'article 8, § 8, 1°, 5° et 6° de la NPS, rendant ces prestations non attestables.

Ces faits relèvent des dispositions de l'article 142, § 1er, 2° de la loi coordonnée du 14/07/1994

Base réglementaire du grief

Des prestations visées à l'article 8, § 1er, 1°, I, B et 2°, I, B de la Nomenclature des prestations de santé (soins de plaie(s) spécifiques) ont été attestées sans respecter les précisions relatives à ces prestations relatées à l'article 8, § 8, 1°, 5° et 6° de la NPS précitée.

La définition des soins de plaie(s) spécifiques et leurs conditions de facturation sont en effet définies à l'article 8, § 8 de la nomenclature.

Les directives relatives aux soins de plaie(s) fixées par le Comité de l'assurance soins de santé sur proposition de la Commission de convention praticiens de l'art infirmier – organismes assureurs ont été reprises de l'annexe 2 à la lettre circulaire aux praticiens de l'art infirmier n° 2003/2 réf. 1240/OMZ-CIRC/INF-03-2F du 24/06/2003. Elles fournissent des précisions en ce qui concerne le dossier soins de plaie(s).

Prestations en cause

En l'espèce, il s'agit de 3 cas de bénéficiaires au nom desquels des soins de plaie(s) spécifiques ont été portés en compte alors que les conditions relatives à la nature des soins, à leur durée et/ou à la tenue d'un dossier de soins de plaie(s) n'étaient pas satisfaites.

Le grief se fonde sur les déclarations des bénéficiaires et/ou de leurs proches, sur les constatations réalisées par le médecin-inspecteur du service lors des auditions ainsi que sur les aveux de Mme A. confirmés par les auditions de Mme C.

Nombre de prestations

Le grief est formulé pour 491 prestations attestées du 23/09/2009 au 31/08/2010, à savoir 337 x 424373 W2,900 et 154 x 424535 W4,350 à concurrence d'un indu dont le montant s'élève à 6.556,11 €.

Toutefois, en lieu et place des prestations litigieuses, les actes suivants auraient pu être portés en compte : 111 x 424336 W1,459 ; 166 x 424351 W1,759 ; 60 x 425176 W0,804 ; 52 x 424491 W2,189 ; 76 x 424513 W2,562 et 26 x 425574 W1,206 à concurrence de 3.420,38 €.

Indu différentiel

Dès lors, l'indu total pour le grief n° 3 s'établit par différence et s'élève à 6.556,11 € - 3.420,38 € soit, **3.135,73 €**.

2 DISCUSSION

1. Fondement des griefs

Quant au premier grief

Justification

Attendu que le 1^{er} grief concerne un seul cas d'assuré, celui de Monsieur D. ;

Que concernant ce cas, Mme A. conteste formellement les déclarations de Mme C. et fait état de ce que le bénéficiaire lui-même aurait déclaré au médecin-inspecteur enquêteur que les soins étaient réalisés tous les jours et pas uniquement les lundi, mercredi et jeudi.

Qu'en date du 20/04/2011, M. D. a effectivement déclaré (Cf pièces 269 et 273) :

« (...) Elle venait 1 X / jour dans le courant de la journée.
Elle venait tous les J., W.E. et J.F. compris. En fait, elle venait pour mon cystocath (un tuyau introduit dans la vessie) avec une poche à urine placée au niveau de ma cuisse. (...) »

Qu'il ressort des éléments qui précèdent que ce grief doit être abandonné.

Que toutefois, ces mêmes prestations, pour ce qui concerne les actes techniques uniquement, doivent être reprises à titre principal sous le grief n° 3 et l'indu correspondant doit être recalculé par différence.

Que s'agissant des prestations de base, tout grief doit être abandonné de même que l'indu y afférent.

Quant au 2ème grief

Justification

Attendu que le second grief porte sur 6 cas de bénéficiaires pour lesquels une surévaluation des critères établissant leur degré de dépendance a été démontrée par un examen de contrôle effectué par le SECM et confirmée par les déclarations des bénéficiaires et/ou de leurs proches ainsi que par les aveux des dispensatrices de soins concernées.

Attendu que les justifications apportées par Madame A. dans sa lettre du 8 novembre 2012 ne sont pas de nature à remettre en cause la matérialité des faits cités à grief ;

Qu'en effet, dans le cas de l'assurée E., Mme A., après avoir précisé que cette bénéficiaire présentait une incontinence sphinctérienne d'origine neurologique qu'elle attribue à une méningite contractée dans la petite enfance, reconnaît qu'après discussion avec le médecin-inspecteur enquêteur, l'incontinence ne devait plus être prise en compte depuis 2010.

Que, bien que contestant les déclarations de Mme C. selon lesquelles cette diminution de cotation pour le facteur continence existait depuis juillet 2009, Mme A. ne présente toutefois aucun élément probant pour appuyer cette contestation ;

Qu'elle précise en outre que l'indu a été remboursé.

Attendu que dans ses justifications, Mme A. n'évoque pas le cas de l'assuré E.;

Qu'il y a donc lieu de maintenir ce cas tel qu'il figure dans la note de synthèse.

Attendu que dans le cas de l'assurée G., Mme A. admet qu'après les explications reçues de l'inspecteur enquêteur, il y a lieu de ramener la cotation de l'item « aller à la toilette » de 3 à 2 dans la mesure où la bénéficiaire, quoique handicapée par une hémiparésie gauche, pouvait toujours s'essuyer de la main droite ;

Qu'elle considère même que cette cotation de 2 est « *logique* ».

Que le cas ne fait donc l'objet d'aucune contestation.

Attendu que dans le cas de l'assurée, J. Mme A. accepte le grief tel qu'il est libellé dans la note de synthèse. Qu'il y a donc lieu également de retenir ce cas tel qu'il est formulé.

Que concernant le cas de l'assurée L., Mme A. refait un descriptif de l'état de santé de la bénéficiaire et de son degré de dépendance sans toutefois s'exprimer, dans ses justificatifs, sur les différentes cotations à attribuer aux différents items.

Qu'elle précise toutefois en fin d'exposé que l'indu a été « *remboursé* » ;

Que lors de son audition du 11/05/2011 (Cf pièces 206 et 226), Mme A. avait par ailleurs admis une déqualification du forfait B porté en compte en forfait A, ce qui était confirmé par C. le 17/06/2011 (Cf pièces 237/37 et 237/52).

Que le cas doit dès lors être confirmé.

Qu'en ce qui concerne le cas de l'assuré J. Mme A. se justifie en invoquant la fluctuation du degré de gravité de ce patient dont elle affirme qu'il présente une maladie d'Alzheimer sans toutefois fournir la preuve de cette pathologie.

Que lors de son audition du 11/05/2011, Mme A. (pièces 209 et 229) avait également admis une déqualification du forfait B porté en compte en T7, précisant d'ailleurs dans ses justifications qu'elle n'a pas modifié cette évaluation depuis le contrôle dont elle a fait l'objet.

Qu'en conséquence, il y a lieu de retenir le cas tel que formulé.

De tout quoi, il ressort que le 2ème grief doit être déclaré établi.

Quant au 3ème grief

Justification

Attendu que le 3ème grief - soins de plaies complexes non conformes - ne fait l'objet d'aucune contestation de la part de Mme A.;

Que celle-ci attribue les erreurs qu'elles a commises à sa méconnaissance des codes de la nomenclature.

Attendu qu'aux prestations déjà citées sous le 3ème grief dans la note de synthèse, il y a lieu, pour le cas d'assuré D. d'ajouter, à titre principal, les prestations techniques non retenues au 1er grief, à savoir 2 x 424373 (9,07 € - 2,52 €) et 8 x 424535 (13,61 € - 3,78 €) dont il résulte un indu différentiel de 91,74 €.

Qu'en conséquence, l'indu final doit être recalculé comme suit : 30.284,04 € (indu de départ) – 165,54 € (indu relatif au 1^{er} grief) + 91,74 € (reprise à titre principal dans le 3ème grief, des actes techniques cités au 1er grief) **soit un indu recalculé de 30.210,24 €.**

Indu total et remboursements

- Pour ces griefs, l'indu total (recalculé) a été évalué à **30.210,24 €**.

- Remboursements volontaires :

Mme A. a validé 2 déclarations de remboursements volontaires : la première de 14.532,01 € pour le PVC du 23/05/2011 et la seconde de 15.872,50 € pour le PVC du 30/06/2011.

Elle a obtenu un accord d'échelonnement de paiements pour la seconde DRV du 10/02/2012 au 11/04/2013.

A ce jour, 17/01/2013, Mme A. a procédé aux remboursements suivants :

- 10.000,00 € le 02/11/2011
- 4.582,52 € le 17/11/2011
- 1.000,00 € le 08/02/2012
- 1.000,00 € le 06/03/2012
- 1.000,00 € le 10/04/2012
- 1.000,00 € le 10/05/2012
- 1.000,00 € le 11/06/2012
- 1.000,00 € le 10/07/2012
- 1.000,00 € le 17/08/2012
- 1.000,00 € le 11/09/2012
- 1.000,00 € le 19/10/2012
- 1.000,00 € le 19/11/2012

Le total de ces remboursements, dont le dernier est intervenu le 19/11/2012, se monte à 24.582,52 € sur un indu global de 30.210,24 € ;

Le solde restant dû s'élève donc à 5.627,72 €.

A noter que le total des indus repris sur les 2 DRV validées par Mme A. se monte à 30.404,51 € alors que l'indu global résultant de cette note de synthèse n'est que de 30.210,24 €. Cette différence s'explique par la correction de quelques erreurs de calcul ; la différence de 194,27€ est à porter au crédit de Mme A.

2. Sanction administrative

Quant au régime juridique de l'amende administrative

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 1er juillet 2011, les mesures applicables étaient les suivantes:
 - Pour des prestations non effectuées – non fournies : 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° et article 142, §1er, al.1^{er}, 1°, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994) ;
 - et pour des prestations non conformes telles que celles citées au 2^{ème} et 3^{ème} griefs : remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé et/ou une amende administrative comprise entre 5 % et 150 % du montant de la valeur des prestations concernées (article 73bis, 2°, et article 142, §1er, al.1er, 2°, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994).
2. La loi du 6 juin 2010 introduisant le Code pénal social (M.b. du 1er juillet 2010, p. 43.712), entrée en vigueur le 1er juillet 2011 (article 111 de la loi du 6 juin 2010), a introduit les modifications suivantes :
 - Sanction applicable aux dispensateurs de soins (article 225, 3° du C.P.S.) : soit une amende pénale de 50 à 500 €, soit une amende administrative de 25 à 250 € (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° 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.

En conclusion, il est constaté que 3 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, 2ème 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., 2ème 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 soit 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).

Quant aux décimes additionnels, les articles 2 et 3 de la loi du 28 décembre 2011 portant des dispositions diverses en matière de justice (M.b. du 30 décembre 2011, Ed. 4, p. 81669) ont modifié la loi du 5 mars 1952 relative aux décimes additionnels.

Cette modification a pour conséquence que les décimes additionnels sont portés à 50 au lieu de 45. Cela signifie que le montant des amendes doit être multiplié par 6 (amende administrative de 150 à 1.500 €).

En l'espèce, compte tenu du fait que Madame A. a déjà, en 2009, fait l'objet d'une enquête (Dossier DDC-HT/09-78 E/09-0487-00) pour des faits similaires (*) de la part du SECM qui a donné lieu à une mesure de prévention et à remboursement total de 9.846,70 euros les 7 avril 2010 et 28 mai 2010, le Service estime que les griefs 2 et 3, griefs de non-conformité, doivent donner lieu à l'application d'une amende administrative de 250,00 € majorée des décimes additionnels (x 6) (article 102 du CPS) soit 1.500,00 €.

(*) Faits relevant des dispositions de l'article 142, § 1^{er}, 2° de la loi coordonnée.

Grief 1 : Facturation d'honoraires forfaitaires (forfaits A, B et C) non conformes en ce sens que les critères de dépendance physique requis par le libellé des prestations et définis à l'article 8, § 5, 1° de la NPS n'étaient pas atteints

3 cas	338 forfaits A, B et C 208 forfaits C au lieu de B 53 forfaits B au lieu de A 77 forfaits A au lieu de T7	indu par différence 3.991,55 €
-------	--	--------------------------------

Grief 2 : Facturation de prestations (forfaits A et B) indues dans la mesure où le dossier infirmier s'y rapportant était incomplet ce qui les rendait non remboursables en application de l'art. 8, § 5, 3° de la NPS

1 cas	5 forfaits A et 203 forfaits B	indu 5.855,15 €
-------	--------------------------------	-----------------

PVC le 12/02/2010 vaut prévention
Absence de DRV signée (n'a jamais été renvoyée)
Remboursement total de 9.846,70 € les 07/04/2010 et 28/05/2010
Postcontrôle prévu en 2011.

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 le 1^{er} grief non établi ;
- Déclare les 2^{ème} et 3^{ème} griefs établis ;
- Prend acte du remboursement de la somme de **24.582,52 euros** sur un indu total dont le montant s'élève à **30.210,24 euros** ;
- Condamne solidairement Madame A. et la SPRL B. , conformément au prescrit des articles 142, §1^{er}, 2° et 164, alinéa 2 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 au remboursement du solde soit une somme dont le montant s'élève à **5.627,72 euros**.
- Condamne Madame A. au paiement d'une amende administrative de 250 euros majorée des décimes additionnels (x6) pour les 2^{ème} et 3^{ème} griefs, soit, une amende effective de **1.500,00 euros**.

Ainsi décidé à Bruxelles, le

Le Fonctionnaire – dirigeant,

Dr Bernard HEPP
Médecin-directeur général