

**DECISION DU FONCTIONNAIRE-DIRIGEANT DU 13 MAI 2016**  
**Numéro de rôle : BRS/F/15-039**

Concerne : **Madame A.**  
 Infirmière

**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**

Trois griefs ont été formulés (voir pour le détail la note de synthèse précitée) concernant Mme 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**

#### Base légale :

Article 73bis, 1 de la loi ASSI coordonnée le 14.07.1994

Article 8, § 1, 1° II et 2° II de la Nomenclature des prestations de santé

#### **« 1° II. Honoraires forfaitaires par journée de soins pour des patients lourdement dépendants**

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) W 3,879

#### **2° II Honoraires forfaitaires par journée de soins pour des patients lourdement dépendants**

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) W 5,710

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/ou 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 10,944. »

Des honoraires forfaitaires A ont été attestés quotidiennement.

Nombre de prestations : 258

Nombre d'assurés : 5

Indu : 5.559,57 euros

## **Grief 2 : Prestations non-conformes**

Les griefs suivants lui sont reprochés :

1° avoir attesté le forfait B alors que le forfait A était attestable

2° avoir attesté le forfait A alors que 7 toilettes par semaine étaient attestables

3° avoir attesté le forfait A alors que 2 toilettes par semaine étaient attestables

### Base légale :

Article 73bis, 2° de la loi ASSI coordonnée le 14.07.1994

Article 8, § 1 de la Nomenclature des prestations de santé :

« Les prestations suivantes sont considérées comme des prestations qui requièrent la qualification d'infirmier gradué ou assimilé, d'accoucheuse, d'infirmier breveté, d'hospitalier/assistant en soins hospitaliers ou assimilé, appelés ci-après praticiens de l'art infirmier (W). Toutefois, les prestations techniques spécifiques de soins infirmiers, visées sous rubrique III du § 1er, 1°, 2° et 3° et les honoraires forfaitaires et supplémentaires pour patients palliatifs visés sous les rubriques IV et V du § 1er, 1° et 2° requièrent la qualification d'infirmier gradué ou assimilé, d'accoucheuse ou d'infirmier breveté."

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

I. Séance de soins infirmiers.

A. Prestation de base.

425014 Première prestation de base de la journée de soins W 0,879

B. Prestations techniques de soins infirmiers."

425110 Soins d'hygiène (toilettes) W 1,167

II. Honoraires forfaitaires par journée de soins pour des patients lourdement dépendants."

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) W 3,879

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/ou 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 7,371."

2° Prestations effectuées au cours d'une séance de soins infirmiers durant le week-end ou un jour férié au domicile ou à la résidence du bénéficiaire.

## I. Séance de soins infirmiers.

## A. Prestation de base.

425412 Première prestation de base de la journée de soins W 1,206

## B. Prestations techniques de soins infirmiers."

425515 Soins d'hygiène (toilettes) W 1,754

## II. Honoraires forfaitaires par journée de soins pour des patients lourdement dépendants."

- 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) W 5,710
- 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/ou 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 10,944. »

Nombre de prestations : 1090

Nombre d'assurés : 5

Indu : 10.669,10 euros

**Grief 3 : Prestations non-conformes****1<sup>er</sup> sous-grief : aucune toilette n'a été effectuée alors que des honoraires forfaitaires ont été attestés**Base légale :

Article 73bis, 2° de la loi ASSI coordonnée le 14.07.1994

Article 8 § 5, 3° a de la Nomenclature des prestations de santé

«...pour chaque bénéficiaire dans le chef duquel des honoraires forfaitaires (...) ont été attestés, une toilette par journée de soins (...) a été effectuée... »

Article 8 § 1 de la Nomenclature des prestations de santé

« § 1er. Les prestations suivantes sont considérées comme des prestations qui requièrent la qualification d'infirmier gradué ou assimilé, d'accoucheuse, d'infirmier breveté, d'hospitalier/assistant en soins hospitaliers ou assimilé, appelés ci-après praticiens de l'art infirmier (W). Toutefois, les prestations techniques spécifiques de soins infirmiers, visées sous rubrique III du § 1er, 1°, 2° et 3° et les honoraires forfaitaires et supplémentaires pour patients palliatifs visés sous les rubriques IV et V du § 1er, 1° et 2° requièrent la qualification d'infirmier gradué ou assimilé, d'accoucheuse ou d'infirmier breveté." »

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

I. Séance de soins infirmiers.

A. Prestation de base.

425014 Première prestation de base de la journée de soins W 0,879

B. Prestations techniques de soins infirmiers."

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

II. Honoraires forfaitaires par journée de soins pour des patients lourdement dépendants."

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: W 3,825 "

- 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) »

Nombre de prestations : 134

Nombre d'assurés : 2

Indu : 604,44 euros

## **2<sup>ème</sup> sous-grief : les conditions n'ont pas été remplies pour attester des soins de plaies spécifiques**

### Base légale :

Article 73bis, 2° de la loi ASSI coordonnée le 14.07.1994

Article 8, § 8, 1° de la Nomenclature des prestations de santé :

« soins de plaie(s) spécifiques » :

- les soins de brûlure(s) au deuxième ou troisième degré ou de greffe(s) d'une superficie de 60 cm<sup>2</sup> ou plus ;
- les soins d'ulcère(s) d'une superficie de 60 cm<sup>2</sup> ou plus ;
- les soins d'escarre(s) profonde(s) atteignant les tendons et les os ;
- le débridement d'escarre(s) de décubitus... »

«Les prestations 424373, 424535, ... peuvent uniquement être attestées, à condition que les soins durent au moins trente minutes.

Les soins de plaie(s) spécifiques qui ne peuvent pas être attestés sous les numéros de code 424373, 424535, ... parce qu'ils ont duré moins de trente minutes, peuvent être attestés sous les numéros de code 424351, 424513, ... »

Prestations en cause :

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

424373 Soins de plaie(s) spécifiques W 2,9 "

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

424535 Soins de plaie(s) spécifiques W 4,350 "

Nombre de prestations : 214

Nombre d'assurés : 3

Indu : 1.105,64 euros

Pour ces 3 griefs, l'indu total a été évalué à **17.938,75 euros**.

Mme A. n'a pas procédé au remboursement de l'indu.

Elle a été auditionnée le 15.09.2014.

## **2 DISCUSSION**

### **2.1. Quant au fondement des griefs**

#### **2.1.1. 1er grief relatif aux prestations non effectuées**

Le grief est fondé sur les déclarations des assurés ou de leurs proches.

Dans le cas Madame B., des honoraires forfaitaires A ont été attestés quotidiennement.

Le 14.07.2014, l'époux de Mme B. a déclaré que les plaies de sa femme n'ont été soignées que trois fois par semaine, à savoir le lundi, le mercredi et le vendredi.

Par ailleurs, il ressort des annotations du dossier infirmier que les soins n'ont été dispensés que 3 fois par semaine et jamais le week-end.

Dans le cas Madame C., un forfait A a été attesté quotidiennement.

Lors de son audition, Mme C. a déclaré que les plaies étaient soignées le lundi, le mercredi et le vendredi et pas le week-end.

Dans le cas Madame D., un forfait A a également été attesté quotidiennement.

Le 29.07.2014, Mme D. a déclaré qu'elle était soignée tous les jours par Mme A., sauf le dimanche.

Dans le cas Monsieur E., un forfait B a été attesté quotidiennement.

Le 15.07.2014, M. E. a déclaré qu'il n'avait jamais été soigné pendant le week-end.

Dans le cas Madame F., un forfait B a aussi été attesté quotidiennement.

Le 29.07.2014, Mme F. a déclaré qu'elle avait été lavée quotidiennement mais jamais le dimanche.

Le Fonctionnaire-dirigeant observe que les déclarations des 5 assurés sont très claires. En effet, dans tous les cas, aucun soin n'a été dispensé le dimanche et, pour 2 cas, les soins ont été effectués seulement 3 fois par semaine.

En outre, dans son audition du 15.09.2014, Mme A. a reconnu qu'elle n'a jamais soigné M. E. et Mmes F. et D. le dimanche ; de plus, elle a confirmé que, pour Mmes B. et C., les soins de plaies n'ont été effectués que trois fois par semaine.

En conséquence, le Fonctionnaire-dirigeant constate que le grief de prestations non effectuées est établi.

### **2.1.2. 2<sup>ème</sup> grief relatif aux prestations non-conformes**

Le 2<sup>ème</sup> grief reproché à Mme A. est d'avoir surévalué le niveau de dépendance de plusieurs assurés.

#### 1° Un forfait B a été attesté alors qu'un forfait A était attestable

Pour obtenir un forfait B, il faut au minimum un score 3 pour les items "se laver", "s'habiller", "se déplacer", "aller aux toilettes", "incontinence" et/ou "manger".

#### Cas E. :

Le surscorage se situe au niveau des items "transferts et déplacements" et "continence" et "manger".

M. E. a déclaré qu'il n'a pas de problèmes de transfert et qu'il se déplace en voiturette sans aide. Il a fait installer plusieurs supports dans sa maison afin de pouvoir se déplacer. Il n'est pas incontinent et va aux toilettes sans aide. Pour manger, il a besoin d'une aide préalable.

Vu le score 2 pour les transferts et les déplacements, un forfait A au maximum peut être attesté.

Le critère "aller aux toilettes" se compose de 3 items : se déplacer, s'habiller et se rincer. En cas de score 3, le patient a besoin d'aide pour deux de ces trois items. Vu l'état de santé de M. E., un score 3 est en l'occurrence correct pour les items "s'habiller" et "se rincer".

Le score 3 pour l'item "continence" est, sur la base de la déclaration de l'assuré, trop élevé. M. E. déclare ne pas être incontinent. Il faut un score 1.

Le score 3 pour "manger" est également trop élevé. Un score 3 signifie que l'assuré a besoin d'aide pendant toute la durée du repas. M. E. a déclaré pouvoir manger seul si sa viande est coupée. Une aide préalable correspond à un score 2.

#### Cas F. :

Le surscorage se situe au niveau des items "aller aux toilettes" et "manger".

Le 29.07.2014, Mme F. a fait les déclarations suivantes. Elle a besoin d'aide pour se laver et s'habiller au-dessus et en-dessous de la ceinture. Son fils l'aide à sortir du lit. Elle utilise une canne pour se déplacer. Elle va aux toilettes sans aide. Elle est accidentellement incontinente pour les urines. Elle n'a pas besoin d'aide pour manger. Elle n'a pas du tout besoin d'aide pour se rincer et se rhabiller après avoir été aux toilettes.

Puisque Mme F. n'a besoin d'aide que pour un item, à savoir "se déplacer", un score 2 au maximum peut être attribué pour le critère "aller aux toilettes".

Selon les directives d'utilisation de l'échelle d'évaluation de Katz, comme Mme F. n'a pas besoin d'aide pour manger, un score maximum de 1 peut être pris en compte pour l'item "manger".

Mme A. a déclaré qu'elle facture un forfait là où elle effectue plus qu'une séance de soins. Elle ne connaît pas les directives en matière d'utilisation de l'échelle de Katz. Après lecture de ces directives, elle attribue un score de 2 pour les transferts et déplacements.

Au vu de tous ces éléments, seul un forfait A peut être pris en compte tant pour Mme F. que pour M. E.

### 2° Un forfait A a été attesté alors que 7 toilettes par semaine étaient attestables

Pour obtenir un forfait A il faut au minimum un score 3 pour les critères "se laver", "s'habiller", "se déplacer" et/ou "aller aux toilettes".

#### Madame G. :

Le 29.07.2014, Mme G. a déclaré qu'elle avait besoin d'aide pour se laver et s'habiller. Pendant son audition, elle a montré comment elle faisait pour ne pas avoir besoin d'aide lors de ses transferts. Elle utilise deux béquilles ou un rotateur. Elle n'a pas besoin d'aide pour aller aux toilettes, n'est pas incontinente et cuisine encore elle-même ses repas.

Le surscorage se situe au niveau des items "transferts et déplacements" et "aller aux toilettes".

Les scores pour les items "se laver", "s'habiller" et "manger" ne sont pas contestés.

En ce qui concerne le score 3 pour le critère "transferts et déplacements", un tel score signifie que la patiente a entièrement besoin de l'aide de tiers pour au moins un de ses transferts et/ou déplacements.

Or, Mme G. utilise des aides pour se déplacer chez elle (béquilles ou rotateur). Elle se déplace de façon totalement autonome. Un score maximum de 2 peut être ici attribué.

Le critère "aller aux toilettes" se compose de 3 items : se déplacer, s'habiller et se rincer. En cas de score 3, le patient a besoin d'aide pour deux de ces trois items.

Selon la déclaration faite par Mme G., elle n'a pas du tout besoin d'aide pour aller aux toilettes, se rincer et se rhabiller. Toutefois, vu l'utilisation d'aide pour se déplacer, il semble difficile de pouvoir se rincer convenablement. C'est pourquoi le score 2 peut être ici attribué.

#### Cas Madame H.

Le 29.07.2014, Mme H. a déclaré qu'elle avait besoin d'aide pour se laver et s'habiller en raison de sérieux problèmes cardiaques. En revanche, elle n'a pas besoin d'aide pour les transferts, se déplacer, aller aux toilettes et manger. Elle est incontinente.

Le surscorage se situe au niveau des items "transferts et déplacements" et "aller aux toilettes".

Mme H. n'a pas besoin d'aide pour ses déplacements ou transferts. Un score maximum de 1 peut être ici attribué.

Selon la déclaration faite par Mme H., elle n'a pas du tout besoin d'aide pour aller aux toilettes, se rincer et se rhabiller. Un score maximum de 1 peut être ici attribué.

Selon les directives d'utilisation de l'échelle d'évaluation de Katz, en l'espèce, un score maximum de 1 peut être pris en compte pour les items "transferts et déplacements" et "aller

aux toilettes". C'est pourquoi seules 7 toilettes par semaine peuvent être attestées dans le cas de Mme H..

Vu tous les éléments susmentionnés, le Fonctionnaire-dirigeant conclut que seules 7 toilettes par semaine étaient attestables dans les cas cités à grief.

### 3° Un forfait A a été attesté alors que 2 toilettes par semaine étaient attestables

Des honoraires forfaitaires A ont été portés en compte quotidiennement dans le cas de Mme D.

Dans son audition, Mme D. a déclaré qu'elle avait besoin d'aide pour laver son dos et ses jambes, qu'elle pouvait s'habiller, qu'elle n'avait pas besoin d'aide pour les transferts et déplacements et aller aux toilettes. Elle a déclaré ne pas être incontinente et ne pas avoir besoin d'aide pour manger.

Le surscorage se situe au niveau des items "s'habiller", "transferts et déplacements" et "aller aux toilettes".

Un score 3 pour "s'habiller" signifie que le patient a besoin d'aide pour s'habiller, tant au-dessus qu'en-dessous de la ceinture.

Mme D. a déclaré qu'elle s'habille encore elle-même mais qu'il lui faut du temps. Un score maximum de 2 peut entrer ici en considération. Dans son audition, Mme A. confirme qu'elle n'a jamais habillé l'assurée.

A la maison, Mme D. n'utilise pas d'aide pour se déplacer. A l'extérieur, elle utilise une canne. Elle n'a pas besoin d'aide pour ses transferts et elle se déplace sans la moindre aide. Elle va manger tous les jours chez sa fille. Elle s'y rend à pied. Un score maximum de 2 peut être ici attribué.

Selon les déclarations faites par Mme D., elle n'a pas du tout besoin d'aide pour aller aux toilettes, se rincer et se rhabiller. Un score maximum de 1 peut être ici appliqué.

Selon les directives d'utilisation de l'échelle d'évaluation de Katz, un score maximum de 2 peut être pris en compte pour les items "s'habiller" et "transferts et déplacements" et un score 1 pour l'item "aller aux toilettes". C'est pourquoi seules 2 toilettes par semaine peuvent être prises en considération pour Mme D.

Le Fonctionnaire-dirigeant observe d'abord que, pour tous les cas susmentionnés, Mme A. reconnaît les faits cités à grief étant donné qu'elle est d'accord avec les surscorages constatés. Elle ne connaît pas les directives d'utilisation de l'échelle de Katz et facture un forfait lorsque plus d'une séance de soins est effectuée. Elle s'informe auprès de ses collègues pour savoir comment facturer au lieu de consulter la Nomenclature.

Ensuite, le grief est fondé sur les déclarations des assurés ou de leurs proches et sur les constatations du SECM ayant permis l'évaluation du niveau de dépendance.

Eu égard aux explications susmentionnées dans les cas précités, le Fonctionnaire-dirigeant relève qu'en accordant un score trop élevé pour la situation de dépendance physique des assurés, des honoraires forfaitaires A ont été indûment attestés.

En conséquence, le grief est bien établi étant donné que seulement deux toilettes par semaine étaient attestables.

### **2.1.3. Le 3<sup>ème</sup> grief relatif aux prestations non-conformes**

#### **1<sup>er</sup> sous-grief : aucune toilette n'a été effectuée alors que des honoraires forfaitaires ont été attestés**

Dans les cas cités à grief, un forfait A a été attesté quotidiennement. Seulement 3 soins par semaine ont été effectués, jamais pendant le week-end. Ceux-ci ont été retenus dans le 1<sup>er</sup> grief relatif aux prestations non effectuées et ne sont pas pris en compte dans le calcul du présent grief.

Une des conditions pour attester des honoraires forfaitaires est d'effectuer une toilette. Puisque, dans les cas cités à grief, aucune toilette n'a été effectuée, aucun forfait ne pouvait être attesté.

Mme A. est d'accord avec le grief. Elle pensait pouvoir attester un forfait lorsqu'elle effectuait plus qu'une séance de soins, en l'occurrence elle lavait les jambes et effectuait des soins de plaie(s).

Le Fonctionnaire-dirigeant souligne que, laver uniquement les jambes ou les pieds avant d'effectuer des soins de plaie(s), ne peut être assimilé à une toilette mais fait partie des soins de plaie(s) spécifiques.

Force est de constater que, dans les deux cas cités à grief, des prestations ont été attestées alors que les conditions de la Nomenclature n'étaient pas remplies.

En conséquence, le grief est établi.

#### **2<sup>ème</sup> sous-grief : les conditions n'ont pas été remplies pour attester des soins de plaies spécifiques**

Dans les trois cas cités à grief, une prestation de base et des soins de plaie(s) spécifiques ont été attestés quotidiennement.

Les assurées ont déclaré, lors de leurs auditions, qu'elles avaient reçu des soins de plaie(s) avec mèche durant environ 15 ou 20 minutes.

Pour ces trois cas, lors de son audition, Mme A. a déclaré qu'elle atteste des soins de plaie(s) spécifiques lorsque le médecin prescripteur spécifie les soins sur la prescription.

Le Fonctionnaire-dirigeant observe que Mme A. ne connaît manifestement pas les directives de la Nomenclature. Elle atteste des soins de plaie(s) spécifiques sur base d'une prescription spécifiée.

Suivant l'article 8, § 8, 1° de la Nomenclature des prestations de santé, les plaies spécifiques ont une surface supérieure à 60 cm<sup>2</sup> et les soins durent plus d'une demi-heure.

En l'espèce, les plaies avec mèches, soignées par Mme A., ne correspondent pas à ces conditions. Elles peuvent uniquement correspondre à des soins de plaie(s) complexes.

De plus, Mme A. reconnaît les faits cités à grief.

Au vu de ces éléments le grief est bien établi.

## 2.2. Quant à l'indu

Mme A. n'a pas fait parvenir au SECM de moyens de défense en réponse à la note de synthèse envoyée le 1<sup>er</sup> décembre 2015.

En outre, les faits reprochés ne sont pas contestés par la prestataire.

Les griefs ont entraîné des débours indus dans le chef de l'assurance obligatoire soins de santé pour un montant de 17.938,75 euros.

Les griefs formulés à l'encontre de Mme A. étant fondés, il y a lieu de condamner Mme A. au remboursement de l'indu, en application de l'article 142, §1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, 2<sup>o</sup>, de la loi ASSI coordonnée le 14 juillet 1994, soit la somme de **17.938,75 euros**.

## 2.3. Quant à l'amende administrative

2.3.1. Les prestations ont été introduites pour remboursement auprès des organismes assureurs du 30.09.2012 au 31.12.2013.

En vertu de l'article 169 de la loi ASSI, la sanction applicable est celle visée à l'article 142 §1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup> et 2<sup>o</sup> de la même loi, c'est-à-dire, pour les prestations non effectuées, une amende administrative comprise entre 50% et 200% de l'indu et, pour les prestations non conformes, une amende administrative comprise entre 5% et 150% de l'indu.

2.3.2. Le SECM estime nécessaire de prononcer une amende administrative pour chaque type de grief à charge de Mme A.

En effet, les dispensateurs de soins doivent être considérés comme des collaborateurs de l'assurance obligatoire. En cette qualité, ceux-ci sont tenus, dans le cadre de leurs activités, à un devoir de rigueur et de probité qui a fait défaut dans le cas présent.

En l'espèce, 1696 prestations non effectuées et non conformes ont été attestées sur une période infractionnelle de 15 mois.

Le Fonctionnaire-dirigeant souligne que les règles de la Nomenclature des prestations de santé sont de stricte interprétation et doivent être appliquées rigoureusement car les dispensateurs de soins collaborent à un service public, ce qui suppose un rapport de confiance notamment entre l'INAMI, les organismes assureurs et les dispensateurs de soins.

Le respect des conditions prévues par la réglementation est un des fondements de ce rapport de confiance.

En attestant des prestations non effectuées (ceci constitue l'infraction la plus grave pouvant être reprochée à un dispensateur de soins) et des prestations non conformes, Mme A. a manqué à ses obligations légales en tant que dispensateur de soins.

Dans ces conditions, il convient de prononcer une amende administrative pour chaque type de grief.

2.3.3. Pour fixer le quantum de ces amendes, il convient cependant de tenir compte du manque d'expérience de Mme A. au moment de la commission des faits (diplômée en ...), de l'absence d'antécédents dans son chef et de l'adaptation de son comportement suite aux constats effectués par le SECM.

Ces éléments justifient que les amendes soient assorties d'une mesure de sursis partiel conformément à l'article 157, §1<sup>er</sup> de la loi ASSI coordonnée le 14/07/1994.

En conséquence, eu égard à l'ensemble des éléments susmentionnés, le Fonctionnaire-dirigeant estime justifié le prononcé des amendes suivantes :

- pour les prestations non effectuées, une amende administrative s'élevant à 150 % du montant des prestations litigieuses (8.339,35 euros), dont 100 % en amende effective (soit **5.559,57 euros**) et 50 % en amende assortie d'un sursis de trois ans (soit 2.779,78 euros) (article 142, §1<sup>er</sup>, 1° de la loi ASSI coordonnée) ;

- pour les prestations non conformes, une amende administrative s'élevant à 100 % du montant des prestations litigieuses (12.379,18 euros), dont 25 % en amende effective (soit **3.094,80 euros**) et 75 % en amende assortie d'un sursis de trois ans (soit 9.284,38 euros) (article 142, §1<sup>er</sup>, 2° de la loi ASSI coordonnée).

### **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 Mme A. à rembourser la valeur des prestations indues s'élevant à **17.938,75 euros** ;
- Condamne Mme A., pour les prestations non effectuées, à payer une amende de 150% du montant des prestations litigieuses (8.339,35 euros), dont 100 % en amende effective (soit **5.559,57 euros**) et 50 % en amende assortie d'un sursis de trois ans (soit 2.779,78 euros) ;
- Condamne Mme A., pour les prestations non conformes, à payer une amende de 100 % du montant des prestations litigieuses (12.379,18 euros), dont 25 % en amende effective (soit **3.094,80 euros**) et 75 % en amende assortie d'un sursis de trois ans (soit 9.284,38 euros) ;
- 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 156, §1<sup>er</sup> alinéa 2 de la loi ASSI coordonnée, seront dus, de plein droit, à compter de l'expiration du délai précité.

Ainsi décidé à Bruxelles, le 13 mai 2016

Le Fonctionnaire – dirigeant,

Dr Bernard HEPP  
Médecin-directeur général