

DECISION DU FONCTIONNAIRE-DIRIGEANT DU 13 MAI 2016
Numéro de rôle : BRS/F/16-002

Concerne : **Madame A.**
 Infirmière brevetée
Et
SPRLU B.

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

1 GRIEFS FORMULES

Quatre griefs ont été formulés (voir pour le détail la note de synthèse précitée) concernant Madame A., suite à l'enquête menée par les inspecteurs du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI.

En résumé, il lui est reproché :

1.1 Grief n° 1

Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer des documents réglementaires permettant le remboursement des prestations de santé lorsque les prestations n'ont pas été effectuées ou fournies

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

En l'espèce il s'agit des cas de 6 bénéficiaires au nom desquels des honoraires pour des prestations de soins infirmiers à domicile ont été portées en compte alors que lesdites prestations n'ont pas été effectuées.

Les prestations en cause relèvent de l'article 8 § 1er 1°, I et II et 2°, I et II de la nomenclature des prestations de santé.

Elles ont été attestées pendant la période du 1.08.2012 au 30.11.2013 et introduites au remboursement auprès des O.A. pendant la période du 30.09.2012 au 31.12.2013.

1.1.1 BASES LEGALES ET REGLEMENTAIRES

Principe général

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

C'est d'ailleurs la raison pour laquelle une « attestation globale de soins donnés » est établie et signée par le dispensateur de soins, selon la procédure définie à l'art. 53, alinéa 1er de la loi coordonnée le 14/07/1994 qui dispose :

1.1.2 Conclusions du grief 1

L'infraction a été constatée dans 6 cas d'assurés pour la période de prestations du 2.08.2012 au 30.11.2013 et d'introduction aux OA du 30.09.2012 au 05.12.2013, à concurrence d'un montant indu de 16.003,30€. (indu total)

Le grief est formulé pour 1.356 prestations, à savoir :

19	prestations	423076	W 0,484	Adm. médicaments inj.
6		423275	W 0,730	Adm. médicaments inj. we
297		425014	W 0,879	1 PB
202		425110	W 1,167	Soin d'hygiène
218		425412	W 1,206	1 PB we
182		425515	W 1,754	Soin d'hygiène we
34		425272	W 3,825	Forfait A
31		425670	W 5,710	Forfait A we
53		425294	W 7,371	Forfait B
108		425692	W 10,944	Forfait B we
50		425714	W 15,017	Forfait C we
110		424351	W 1,759	Soin plaie complexe
46		424513	W 2,562	Soin plaie complexe we

Nombre des prestations par assuré

Assuré	423076	423275	425014	425110	425412	425515	425272
C.			10	10	14	14	
D.			110		46		
E.	19	6	52	67	22	32	8
F.							
G.			125	125	136	136	
H.							26
TOTAL	19	6	297	202	218	182	34

Assuré	425670	425294	425692	425714	424351	424513
C.						
D.		53	21		110	46
E.	5					
F.			87	50		
G.						
H.	26					
TOTAL	31	53	108	50	110	46

Total : **1.356** prestations

Montant par assuré

Assuré	Indu
C.	€204,55
D.	€3.933,18
E.	€1.211,67
F.	€7.407,96
G.	€2.164,34
H.	€1.081,60
TOTAL	€16.003,30

1.2 Grief n° 2

Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer des documents réglementaires permettant le remboursement des prestations de santé lorsque les prestations 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.

En l'espèce, il s'agit de 5 cas de bénéficiaires au nom desquels des prestations de soins infirmiers à domicile ont été portées en compte alors que la condition de remboursement relative à l'existence d'un dossier infirmier complet, telle qu'elle est énoncée à l'article 8, § 3, 5° de la nomenclature, n'était pas satisfaite.

Les prestations en cause relèvent de l'article 8 § 1^{er} 1° I, II, et 2° I, II, de la nomenclature des prestations de santé.

Elles ont été attestées pendant la période du 1.08.2012 au 30.11.2013 et introduites au remboursement auprès des O.A. pendant la période du 30.09.2012 au 31.12.2013.

1.2.1 **BASES LEGALES ET REGLEMENTAIRES**

Le grief se fonde sur les dispositions de l'art. 8, § 3, 5° de la nomenclature des prestations de santé qui subordonne le remboursement de toutes les prestations, sans distinction, à la tenue d'un dossier infirmier complet, ce dernier étant défini par le contenu de l'art. 8, § 3, 5° et § 4, 2° , § 8 de la nomenclature des prestations de santé.

Art. 8

§ 3. Aucuns honoraires ne sont dus : (...)

5° lorsque le dossier infirmier mentionné dans cet article n'existe pas ou si le contenu minimal décrit au § 4, 2° de cet article n'est pas mentionné dans ce dossier. (...)

"§ 4. Précisions relatives aux prestations visées à la rubrique I du § 1er, 1°, 2°, 3°, 3°bis et 4°: (...)

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.

Lorsque les soins infirmiers dispensés au bénéficiaire comportent des prestations techniques, décrites à la rubrique I, B du § 1er, 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 :

- 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.

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 § 1er, 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 :

- 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.

Lorsque les soins infirmiers dispensés au bénéficiaire comportent des prestations spécifiques techniques de soins infirmiers, décrites à la rubrique III du § 1er, 1°, 2°, 3° et 3°bis de cet article, ou des soins de plaie(s) spécifiques, décrits au § 8, 1° de cet article ou d'autres prestations décrites au § 1er, 1°, V, VI et VII et au § 1er, 2°, V et VI, ou lorsque les soins sont dispensés dans le cadre des honoraires forfaitaires par journée de soins pour les patients palliatifs, décrits à la rubrique IV du § 1er, 1° et 2° de cet article, le contenu minimal du dossier infirmier comporte alors, en plus des éléments des deux premiers alinéas de cette disposition, également :

- les éléments spécifiques pour ces prestations fixés dans cet article.

Dans les hypothèses visées à l'alinéa 6, par dérogation à l'alinéa 3 et à l'exception des prestations du § 1er, 1°, VI et VII, et du § 1er, 2°, VI, les éléments relevant concernant la planification et l'évaluation des soins mentionnées dans le deuxième alinéa doivent être mentionnés au moins chaque semaine dans le dossier infirmier.

Pour ce paragraphe, la semaine s'entend du lundi 0 heure au dimanche 24 heures.

La planification et l'évaluation des soins doivent répondre, au niveau de leur contenu, à une directive fixée par le Comité de l'assurance soins de santé sur proposition de la Commission de conventions praticiens de l'art infirmier - organismes assureurs.

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

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

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

"§ 8. Précisions relatives aux soins de plaie(s) (prestations (...) 424351, (...) 424513, (...)

"5° Les prestations 424351, 424513, 424653, 424815, 424373, 424535, 424675 et 424830 peuvent uniquement être attestées à condition qu'un dossier soins de plaie(s) spécifiques soit établi et tenu à jour. Ce dossier fait partie intégrante du dossier infirmier visé au § 4, 2°. Il doit répondre, au niveau de son contenu, à une directive qui a été fixée par le Comité de l'assurance soins de santé sur proposition de la Commission de convention praticiens de l'art infirmier-organismes assureurs.

1.2.2 FONDAMENT DU GRIEF

Le grief se fonde sur les éléments suivants :

- les déclarations de Madame A. en date du 6/06/2014 : **(Cf pièce 363)**

« (...) Les dossiers infirmiers sont en général chez les patients sauf de mémoire I., G., F. et J. Ils l'ont jeté. (...) ».

- les déclarations de Madame K. en date du 21/08/2014 : **(Cf pièces n° 388 et 389)**

« (...) Depuis 2012, je me base uniquement sur les agendas et SMS pour établir les attestations. Je ne consulte pas les dossiers pour établir la facturation et ce, depuis 2012.

Je conserve uniquement les dossiers des patients dont les soins sont terminés.

Les dossiers sont constitués de fardes avec feuilles volantes. Je les relie à la fin du traitement et je les conserve, car je sais que je dois les garder 5 ans. (...) ».

- les déclarations des assurés

Monsieur F. : (Cf pièce 687)

« (...) Les infirmières ne laissent pas de dossier ici. (...) ».

Madame G. : (Cf pièce 716)

« (...) Les infirmières laissent un dossier infirmier ici, elles le remplissent en général tous les jours, ici Mme A. l'a repris car il manquait des feuilles. (...) ».

- les constats du SECM lors de l'analyse des dossiers infirmiers

1.2.3 Conclusion

L'infraction a été constatée dans 5 cas d'assurés pour un indu total de 0,00 €, les 2.140 prestations litigieuses ayant été comptabilisées dans le calcul de l'indu des griefs 1, 3 et 4. Solde restant dû au titre du grief est de 0,00€. (grief à titre subsidiaire).

1.3 GRIEF n° 3

Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer des 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.

En l'espèce il s'agit du cas d'1 bénéficiaire au nom duquel des honoraires ont été portés en compte alors que les **soins dispensés n'étaient pas complets (toilette)**.

Les prestations en cause relèvent de l'article 8 § 1^{er} 1^o et 2^o I de la nomenclature des prestations de santé.

Elles ont été attestées pendant la période du 1.09.2012 au 30.11.2013 et introduites au remboursement auprès de l'OA 527 pendant la période du 5.10.2012 au 5.12.2013.

1.3.1 BASES LEGALES ET REGLEMENTAIRES

Le grief se fonde sur les dispositions des §§ 6, 8° de l'article 8 de la nomenclature des prestations de santé qui disposent :

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

8° La toilette comprend l'ensemble des soins infirmiers se rapportant à la globalité des soins d'hygiène y compris préventifs; elle se complète, le cas échéant, par la mobilisation du patient. (...)

La prestation de toilette a également fait l'objet d'une question parlementaire (question 87 posée le 14 avril 1986 par Monsieur le Sénateur DE CLIPPELE - Bulletin n° 20, Sénat, session ordinaire 1985-1986, p. 1096 - Bulletin d'information INAMI 1986/4 page 259 et suivantes) relative au contenu de la toilette ; la réponse est la suivante :

"(...) La prestation de toilette ne se limite dès lors pas à un acte technique mais comprend un ensemble de soins d'hygiène.

Par soins d'hygiène, il faut entendre le bain, les soins de bouche, des dents, des ongles et de la chevelure. Le cas échéant, la toilette comprend l'installation de la personne au fauteuil et son habillage.

Ces soins se complètent par l'observation, la surveillance, la prévention, la mobilisation du malade, l'éducation sanitaire de celui-ci et de son entourage (...)"

Une récente jurisprudence de la CR (Chambre de recours, juridiction administrative de l'INAMI) en date du 12/01/2012 précise en outre ce que doivent comprendre ces soins d'hygiène :

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

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

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

1.3.2 **FONDEMENT DU GRIEF**

Le grief se fonde sur les déclarations en date du 04.04.2014 d'un assuré pour lequel des soins infirmiers (toilettes) ont été portés en compte à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

1.3.3 **Conclusions du grief**

L'infraction a été constatée dans 1 cas d'assuré pour la période de prestations du 3.09.2012 au 29.11.2013 et d'introduction aux OA du 5.10.2012 au 5.12.2013.

Le grief est formulé pour 390 prestations comme ventilées ci-dessous et à concurrence d'un montant indu de **1.327,32€**. (indu total)

190	prestations	425014	W 0,879	1 PB
190		425110	W 1,167	Soin d'hygiène
5		425412	W 1,206	1 PB we
5		425515	W 1,754	Soin d'hygiène we

1.4 **GRIEF n° 4**

Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer des 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.

En l'espèce il s'agit des cas de 3 bénéficiaires au nom desquels des honoraires ont été portés en compte sur base d'une **surévaluation d'un et/ou de plusieurs items de l'échelle d'évaluation de la dépendance physique.**

Les prestations en cause relèvent de l'article 8 § 1^{er} 1° II et 2° II de la nomenclature des prestations de santé.

Elles ont été attestées pendant la période du 1.08.2012 au 30.11.2013 et introduites au remboursement auprès de l'OA pendant la période du 30.09.2012 au 31.12.2013.

1.4.1 BASES LEGALES ET REGLEMENTAIRES

1.4.1.1 Loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994. (M.B. 27-8-1994)

Articles 2, 34, 35, 73 bis, 2°, 138 et 142 § 1^{er}, 2 : Voir griefs n°1 et 2.

1.4.1.2 Art. 8 de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

1.4.1.3 Les « Directives pour l'utilisation de l'échelle d'évaluation »

adressées par ledit Service à l'ensemble des praticiens de l'art infirmier du Royaume par lettre circulaire n° 2011/01

1.4.2 FONDEMENT DU GRIEF

Le grief se fonde sur les déclarations des assurés ainsi que l'évaluation dans le décours de ces auditions du degré de dépendance physique tel qu'il existait au moment des faits litigieux.

1.4.3 Conclusions du grief 4

L'infraction a été constatée dans 3 cas d'assurés pour la période de prestations du 1.08.2012 au 11.11.2013 et d'introduction aux OA du 30.09.2012 au 5.12.2013 pour un montant indu de **8.962,10 €**.(indu différentiel)

Le grief est formulé pour 446 prestations, à savoir :

13	prestations	425110	W 1,167	Soin d'hygiène
8		425515	W 1,754	Soin d'hygiène we
262		425294	W 7,371	Forfait B
31		425692	W 10,944	Forfait B we
128		425316	W 10,083	Forfait C
4		425714	W 15,017	Forfait C we

1.5 Tableau synoptique

Griefs	Référence NPS	Code NPS	Dates introduction		Dates des prestations		Nbre prest.	Nbre assurés	Indu €	RV
			du	au	du	au				
1.Non effectué	Art.8 §1	423076	05.08.13	18.11.13	24.07.13	11.10.13	19	1	40,66 €	
		423275	05.08.13	03.09.13	27.07.13	18.08.13	6	1	19,32 €	
		425014	05.10.12	05.12.13	04.09.12	29.11.13	297	4	899,59 €	

		425110	05.10.12	05.12.13	04.09.12	28.11.13	202	3	863,87 €	
		425412	05.10.12	05.12.13	01.09.12	30.11.13	218	4	899,90 €	
		425515	05.10.12	05.12.13	01.09.12	30.11.13	182	3	1.112,94 €	
		425272	08.04.13	05.12.13	18.02.13	28.11.13	34	2	565,76 €	
		425670	08.04.13	05.12.13	10.03.13	30.11.13	31	2	773,76 €	
		425294	30.09.12	30.01.13	02.08.12	28.12.12	53	1	1.510,50 €	
		425692	30.09.12	31.12.13	04.08.12	30.11.13	108	2	5.069,52 €	
		425714	30.09.12	28.02.13	04.08.12	30.09.12	50	1	3.226,74 €	
		424351	31.03.13	31.12.13	02.01.13	28.11.13	110	1	640,20 €	
		424513	31.03.13	31.12.13	06.01.13	30.11.13	46	1	390,54 €	
		Sous total	30.09.12	31.12..13	02.08.12	30.11.13	1.356	6	16.003,30 €	
2. Dossier absent ou incomplet	Art.8 §3 , §4 et §8						2.140	5	0,00 €	
3.Toilette incomplète	Art.8 §1 et §6	425014	05.10.12	05.12.13	03.09.12	29.11.13	190	1	548,74 €	
		425110	05.10.12	05.12.13	03.09.12	29.11.13	190	1	729,58 €	
		425412	03.05.13	05.12.13	01.04.13	30.11.13	5	1	19,95 €	
		425515	03.05.13	05.12.13	01.04.12	30.11.13	5	1	29,05 €	
		Sous total	05.10.12	05.12.13	03.09.12	30.11.13	390	1	1.327,32 €	
4.Surcotation échelle Katz	Art.8 §1	425110	28.11.13	05.12.13	05.08.13	03.09.13	13	1	66,95 €	
		425515	30.11.13	05.12.13	03.08.13	03.09.13	8	1	61,92 €	
		425294	30.09.12	31.12.13	01.08.12	31.03.13	262	2	4.330,85 €	
		425692	30.09.12	31.12.13	05.08.12	11.11.13	31	2	885,54 €	
		425316	30.09.12	28.02.13	01.08.12	31.01.13	128	1	3.455,86 €	
		425714	30.09.12	28.02.13	15.08.12	01.01.13	4	1	160,98 €	
		Sous total	30.09.12	31.12.13	01.08.12	11.11.13	446	3	8.962,10 €	
		Total	30.09.12	31.12.13	01.08.12	30.11.13	2.192	6	26.292,72 €	6.292,72 €

Assuré	Grief 1	Grief 2	Grief 3	Grief 4
	Non effectué	Dossier	Toilette incomplète	Surcotation Katz
C.	X	X		
D.	X	X		X
E.	X	X		X
F.	X	X		X
G.	X	X	X	
H.	X			

Pour ces griefs, l'indu total a été évalué à **26.292,72 euros**

Madame A. a procédé au remboursement partiel (6.292,72 euros) de l'indu le 21/08/2015.

2 DISCUSSION

2.1 QUANT AU FONDEMENT DES GRIEFS

Madame A. n'a pas contesté les griefs lors de l'enquête et ni elle ni la SPRLU B. n'ont communiqué de moyens de défense.

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

2.2 QUANT A L'INDU

Le grief a entraîné des débours indus dans le chef de l'assurance obligatoire soins de santé pour un montant de 26.292,72 euros.

Madame A. n'a pas contesté le montant de l'indu fixé par le SECM

Le montant tel que calculé par le SECM doit donc être déclaré fondé.

Il y a lieu d'ordonner que Madame A. procède au remboursement de l'indu, en application de l'article 142, §1^{er}, 1° et 2° de la loi ASSI, soit la somme de 26.292,72 euros.

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

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

Le Fonctionnaire-dirigeant constate que Madame A. a déjà remboursé la somme de 6.292,72 euros à la date du 21/8/2015.

2.3 QUANT À L'AMENDE

2.3.1 Quant au régime juridique de l'amende administrative

L'article 142, §1^{er}, 1° de la loi ASSI prévoit, pour les prestations non effectuées (grief 1), une amende administrative comprise entre 50% et 200% du montant du remboursement.

L'article 142, §1^{er}, 2° de la loi ASSI prévoit, pour les prestations non conformes (griefs 2 à 4), une amende administrative comprise entre 5% et 150% du montant du remboursement.

2.3.2 En l'espèce

Des sanctions s'imposent afin de rappeler à Madame A. les obligations qui s'imposent à elle en tant que collaborateur de l'assurance obligatoire soins de santé.

Les responsabilités que les dispensateurs assument dans ce cadre justifient que l'on attende d'eux un minimum de rigueur et la connaissance de la réglementation qui leur est applicable.

Le 1^{er} grief concerne des prestations non effectuées. C'est le grief le plus grave qui puisse être reproché à un dispensateur de soins.

Quant aux griefs de non-conformité, le législateur a encadré de manière très précise les possibilités d'attester des soins infirmiers.

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 repose sur un rapport de confiance notamment entre l'INAMI, les organismes assureurs et les dispensateurs de soins.

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

Il n'appartient pas aux dispensateurs de soins de faire une interprétation personnelle ou d'opportunité de la réglementation.

S'ils ne s'y conforment pas, ils brisent ce rapport de confiance et mettent en péril l'équilibre des deniers publics.

Dans ces conditions, et au regard de l'expérience de Madame A. dans le domaine des soins infirmiers (diplômée en 1983), il convient de prononcer des amendes administrative à sa charge.

Vu ce qui précède, le Fonctionnaire-dirigeant estime justifiée une amende administrative égale à :

- 150% de la valeur des remboursements indus, soit la somme de 24.004,95 euros, pour le 1^{er} grief ;
- 100% de la valeur des remboursements indus, soit la somme de 10.289,42 euros, pour les griefs 2 à 4 ;

Par ailleurs, l'article 157, §1^{er} de la loi ASSI prévoit que le Fonctionnaire-dirigeant peut accorder un sursis partiel ou total de l'exécution de sa décision infligeant une amende administrative au dispensateur de soins.

Compte tenu de l'absence d'antécédent de Madame A., du remboursement partiel qu'elle a effectué et de l'adaptation de sa pratique, le Fonctionnaire-dirigeant assortit la sanction d'une mesure de sursis :

- pour le tiers de l'amende concernant le 1^{er} grief, soit une amende effective de 100 % des prestations reprochées (16.003,30 euros) et une amende avec sursis de 50 % des prestations reprochées (8.001,65 euros)
- pour la moitié de l'amende concernant les griefs 2 à 4, soit une amende effective de 50 % des prestations reprochées (5.144,71 euros) et une amende avec sursis de 50 % des prestations reprochées (5.144,71 euros).

2.4 QUANT AU PLAN DE PAIEMENT

Madame A. demande de pouvoir rembourser sa dette par mensualités de 1.000 euros.

Il convient de souligner qu'à la somme principale due, sont ajoutés les intérêts moratoires prévus par l'article 156, §1^{er} alinéa 2 de la loi ASSI coordonnée (tel que modifié par l'article 26, 1^o, de la loi du 17 juillet 2015 portant des dispositions diverses en matière de santé, M.b. du 17 août 2015) qui dispose que :

« § 1^{er}. Les décisions du fonctionnaire dirigeant du Service d'évaluation et de contrôle médicaux ou du fonctionnaire désigné par lui, visées à l' article 143, les décisions des Chambres de première instance visées à l' article 142, et les décisions des Chambres de recours, visées aux articles 142 et 155, sont exécutoires de plein droit par provision, nonobstant tout recours. Des délais de paiement peuvent être accordés uniquement sur la base d'une demande motivée et appuyée par toute pièce utile permettant d'en apprécier le bien-fondé.

Les sommes dues sont payées dans les trente jours de la notification des décisions visées à l'alinéa 1^{er}. A défaut de paiement dans ce délai, les sommes restant dues produisent, de plein droit, des intérêts au taux d'intérêt légal en matière sociale, tel que prévu à l'article 2, § 3, de la loi du 5 mai 1865 relative au prêt à intérêt, à compter de l'expiration de ce délai ».

Les intérêts sont calculés au taux de 7% l'an (article 2 §3 de la loi du 5 mai 1865 précitée).

Le Fonctionnaire-dirigeant marque son accord pour le plan de paiement suivant :

Dette principale:	41.148,01 EUR
Taux d'intérêt applicable:	7% par an
Date à laquelle les intérêts commencent à courir:	15/06/2016
Premier paiement:	15/06/2016
Dernier paiement:	15/04/2020
Nombre total de paiements:	47
Paiements d'un montant de:	1.000,00 EUR (dernier paiement: 874,23 EUR)

Le **1^{er} versement de 1.000 €** devra être effectué **pour le 15/06/2016** et le **dernier versement de 874,23 €** devra être effectué **pour le 15/04/2020**.

En cas de non-respect de ce plan de paiement, la récupération de la totalité du solde restant dû pourrait être confiée à l'Administration générale de la perception et du recouvrement.

PAR CES MOTIFS,

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994,

APRES EN AVOIR DELIBERE,

Le Fonctionnaire-dirigeant du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité :

- Déclare les griefs établis ;
- Condamne solidairement Madame A. et la SPRLU B. à rembourser la valeur des prestations indues s'élevant à **26.292,72 €** et constate que la somme de **6.292,72 €** a déjà été remboursée (le solde restant dû étant de **20.000 €**) ;
- Condamne Madame A. à payer une amende de 150% des prestations reprochées au 1^{er} grief (24.004,95 €) dont un tiers assorti d'un sursis de trois années, soit une amende effective de **16.003,30 €** et une amende de 8.001,65 € assortie d'un sursis de trois années ;
- Condamne Madame A. à payer une amende de 100% des prestations reprochées aux griefs 2 à 4 (10.289,42 €) dont la moitié assortie d'un sursis de trois années, soit une amende effective de **5.144,71 €** et une amende de 5.144,71 € assortie d'un sursis de trois années ;
- Autorise Madame A. et la SPRLU B. à rembourser la somme de 41.148,01 euros (20.000,00 + 16.003,30 + 5.144,71), à majorer des intérêts à raison de 7% l'an, par versement de **1.000 € par mois à partir du 15 juin 2016 (un dernier paiement de 874,23 € devant être effectué le 15 avril 2020)** ;

Ainsi décidé à Bruxelles, le 13 mai 2016

Le Fonctionnaire – dirigeant,

Dr B. HEPP
Médecin-directeur général