

**DECISION DU FONCTIONNAIRE-DIRIGEANT DU 9 AVRIL 2013.
Numéro de rôle BRS/F/12-021.**

Concerne : **A.**
accoucheuses praticiens de l'art infirmier - Hospitalières et assimilées B
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., infirmière et la SPRLU B., 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

Avoir rédigé des documents réglementaires visés dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 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.

Ce grief tombe sous l'application de l'article 73 bis 2° de la loi précitée.

Base légale et réglementaire :

a. Loi coordonnée 14 juillet 1994

Art. 73bis. Sans préjudice d'éventuelles poursuites pénales et/ou disciplinaires et nonobstant les dispositions des conventions ou des accords visés au Titre III, il est interdit aux dispensateurs de soins et assimilés, sous peine des mesures énoncées à l'article 142, § 1er :

2° de rédiger, faire rédiger, délivrer ou faire délivrer les documents réglementaires précités lorsque les prestations 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 ;

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

Prestations en cause

425110 Soins d'hygiène (toilettes) ... w 1.167

425515 Soins d'hygiène (toilettes) week-end et jours fériés... w 1.754

Argumentation

Selon les éléments recueillis lors de l'enquête, il apparaît que seules deux toilettes par semaine étaient effectuées, en même temps que les soins de plaie. Aucune toilette n'était faite les week-ends.

Les codes 425110 – 425515 soins d'hygiène portés en compte au-delà de 2 par semaine sont retenus à grief.

Conclusion

Le grief concerne 189 prestations de numéro de code 425110 – 425515, soins d'hygiène, pour une assurée pour la période du 1-07-2010 au 28-02-2011 et introduites au remboursement pendant la période du 31-08-2010 au 31-03-2011.

L'indu pour l'assurance est de mille nonante quatre euros trente neuf cents (1.094,39€) (indu total).

Grief 2

Avoir rédigé des documents réglementaires visés dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 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.

Ce grief tombe sous l'application de l'article 73 bis 2° de la loi précitée.

Base réglementaire du grief

a. Loi coordonnée 14 juillet 1994

Art. 73bis. Sans préjudice d'éventuelles poursuites pénales et/ou disciplinaires et nonobstant les dispositions des conventions ou des accords visés au Titre III, il est interdit aux dispensateurs de soins et assimilés, sous peine des mesures énoncées à l'article 142, § 1er :

2° de rédiger, faire rédiger, délivrer ou faire délivrer les documents réglementaires précités lorsque les prestations 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 ;

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

Prestations en cause

425316... Honoraires forfaitaires, dits forfait C, 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 (score 4) et le critère s'habiller (score 4), et
- dépendance pour le critère transfert et déplacements (score 4) et le critère aller à la toilette (score 4), et
- dépendance pour le critère continence et pour le critère manger (pour laquelle un des deux critères obtient un score de 4, et l'autre un score de minimum 3)...W10, 083

425714... Honoraires forfaitaires, dits forfait C, accordés une seule fois par journée de soins (week-end et jour férié) pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants:

- dépendance pour le critère se laver (score 4) et le critère s'habiller (score 4), et
- dépendance pour le critère transfert et déplacements (score 4) et le critère aller à la toilette (score 4), et
- dépendance pour le critère continence et pour le critère manger (pour laquelle un des deux critères obtient un score de 4, et l'autre un score de minimum 3)...W15, 017

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

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

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

- dépendance pour le critère se laver et le critère s'habiller (score 3 ou 4), et
- dépendance pour le critère transfert et déplacements et le critère aller à la toilette (score 3 ou 4), et
- dépendance pour le critère continence et/ou pour le critère manger (score 3 ou 4)...10,944

Selon les éléments recueillis lors de l'enquête, il apparaît que des prestations 425316 et 425714 non conformes ont été portées en compte à l'assurance soins de santé.

En effet, ces prestations correspondent à un état de dépendance physique dit forfait C alors que l'assurée, sur base de sa déclaration et du constat des médecins-inspecteurs, présente un état de dépendance physique correspondant au forfait B pour la période considérée. Les prestations 425292 et 425692, d'une valeur inférieure, devaient être attestées.

Score échelle de Katz : 4-4-3-3-3-2

Conclusion

Le grief concerne 348 prestations de numéro de code 425316 et 425714, forfait C, pour une assurée pour la période du 1-09-2009 au 26-02-2011 et introduites au remboursement pendant la période du 31-10-2009 au 31-03-2011.

L'indu pour l'assurance est de quatre mille quatre cent soixante euros quatre-vingt deux cents (4.460,82€) (Indu différentiel).

Grief 3

Avoir rédigé des documents réglementaires visés dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 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.

Ce grief tombe sous l'application de l'article 73 bis 2° de la loi précitée.

Base réglementaire du grief

a-Loi coordonnée 14 juillet 1994

Art. 73bis. Sans préjudice d'éventuelles poursuites pénales et/ou disciplinaires et nonobstant les dispositions des conventions ou des accords visés au Titre III, il est interdit aux dispensateurs de soins et assimilés, sous peine des mesures énoncées à l'article 142, § 1er :

2° de rédiger, faire rédiger, délivrer ou faire délivrer les documents réglementaires précités lorsque les prestations 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 ;

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

Prestations en cause

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

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

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

- dépendance pour le critère se laver et le critère s'habiller (score 3 ou 4), et
- dépendance pour le critère transfert et déplacements et le critère aller à la toilette (score 3 ou 4), et
- dépendance pour le critère continence et/ou pour le critère manger (score 3 ou 4)...10,944

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

- dépendance pour le critère se laver et le critère s'habiller (score 3 ou 4), et
- dépendance pour le critère transfert et déplacements et/ou le critère aller à la toilette (score 3 ou 4)...W3, 825

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

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

Argumentation

Selon les éléments recueillis lors de l'enquête, il apparaît que des prestations 425294 et 425692 non conformes ont été portées en compte à l'assurance soins de santé.

En effet, ces prestations correspondent à un état de dépendance physique dit forfait B alors que les assurées, sur base de leur déclaration et du constat des médecins-inspecteurs, présentent un état de dépendance physique correspondant au forfait A pour la période considérée. Les prestations 425272 et 425670, d'une valeur inférieure, devaient être attestées.

Scores échelle de Katz : 3-3-2-3-3-2 et 4-4-3-3-2-2

Conclusion

Le grief concerne 233 prestations de numéro de code 425294 et 425692, forfait B, pour deux assurées pour la période du 25-03-2010 au 28-02-2011 et introduites au remboursement pendant la période du 31-05-2010 au 4-03-2011.

L'indu pour l'assurance est de quatre mille cent quatre vingt sept euros trente deux cents (4.187,32€) (indu différentiel).

Grief 4

Avoir rédigé des documents réglementaires visés dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 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.

Ce grief tombe sous l'application de l'article 73 bis 2° de la loi précitée.

Base réglementaire du grief

a-Loi coordonnée 14 juillet 1994

Art. 73bis. Sans préjudice d'éventuelles poursuites pénales et/ou disciplinaires et nonobstant les dispositions des conventions ou des accords visés au Titre III, il est interdit aux dispensateurs de soins et assimilés, sous peine des mesures énoncées à l'article 142, § 1er :

2° de rédiger, faire rédiger, délivrer ou faire délivrer les documents réglementaires précités lorsque les prestations 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 ;

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

Prestations en cause

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

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

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

- dépendance pour le critère se laver et le critère s'habiller (score 3 ou 4), et
- dépendance pour le critère transfert et déplacements et le critère aller à la toilette (score 3 ou 4), et
- dépendance pour le critère continence et/ou pour le critère manger (score 3 ou 4)...W10, 944

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

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

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

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

Argumentation

D'après les éléments de l'enquête, il apparaît que des prestations 425294 et 425692 non conformes ont été portées en compte à l'assurance soins de santé

En effet ces prestations correspondent à un état de dépendance physique dit forfait B alors que l'assurée, sur base de sa déclaration et du constat des médecins-inspecteurs, présente un état de dépendance physique correspondant à des prestations à l'acte pour la période considérée. Il fallait donc attester les prestations 425110-425515 - *Soins d'hygiène* - et 425014-425412 - *Première prestation de base* - d'une valeur inférieure.

Score échelle de Katz : 3-2-2-1-3-1

Conclusion

Le grief concerne 543 prestations de numéro de code 425294 et 425692 – forfait B -, pour une assurée pour la période du 01-09-2009 au 28-02-2011 et introduites au remboursement pendant la période du 6-10-2009 au 16-03-2011.

L'indu pour l'assurance est de quatorze mille cinquante quatre euros six cents (14.054,06€) (indu différentiel).

Indu total pour les quatre griefs : 23.529,50 €.

2 DISCUSSION

1. Fondement des griefs

Il résulte des éléments recueillis lors de l'enquête (listings obtenus auprès d'organismes assureurs, audition des assurées, des témoins et de la prestataire) que les quatre griefs sont établis à suffisance de droit.

2. Indu total et remboursement

L'indu total des quatre griefs s'élève à 23.529,50 €.

Madame A., qui a reconnu les faits, a signé une déclaration de remboursement volontaire en date du 16 octobre 2011.

Un étalement de remboursement lui fut accordé jusqu'au 28 février 2013.

La SPRLU B. n'a procédé, jusqu'à présent, qu'à deux remboursements de 1.475 € chacun, l'un en date du 22 novembre 2011, l'autre en date du 28 décembre 2011.

La somme de 20.579,50 € doit encore être remboursée.

3. 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 : 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 comme celles reprises aux quatre griefs reprochés à Madame A. et à la SPRLU B. : 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.

Trois régimes de sanctions se succèdent dans le temps, le deuxième régime étant plus favorable que les premier et troisième 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 établie au temps où l'infraction fut 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).

L'article 1^{er} de la loi du 5 mars 1952 relative aux décimes additionnels sur les amendes pénales a été modifié par l'article 36 de la loi du 7 février 2003 portant diverses dispositions en matière de sécurité routière (M.b., 25 février 2003) : le mot « *quarante* » a été remplacé par le mot « *quarante-cinq* ».

« Ajouter un décime à une somme consiste à majorer cette somme d'un dixième de son montant. La majoration de quarante-cinq décimes équivaut donc à multiplier par cinq et demi. » (voy. notamment Cass., 24.02.2010, P.09.1767.F et Cass., 10.03.2010, P.09.1692.F).

Ce qui signifie que le montant de l'amende majorée de quarante-cinq décimes, est obtenu en multipliant cette amende par 5,5.

En effet, si un décime équivaut à 10% du montant à majorer, 45 décimes équivalent à 450% : on doit ajouter à l'amende retenue un montant équivalent à 450% de cette amende.

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 quatre griefs établis;
- Condamne Madame A., infirmière et la SPRLU B. à rembourser la valeur des prestations indues s'élevant à 23.529,50 €;
- Constate que la somme de 2.950 € a déjà été remboursée par la SPRLU B.;
- Condamne Madame A., infirmière, à payer une amende de 1.375 €.

Ainsi décidé à Bruxelles, le

Le Fonctionnaire – dirigeant,

Dr Bernard HEPP
Médecin-Directeur général