

DECISION DU FONCTIONNAIRE-DIRIGEANT DU 13 JUIN 2023

BRS/F/23-003

Concerne : **Madame A.**
Infirmière graduée
Et
SRL 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**

Cinq griefs ont été formulés (voir pour le détail la note de synthèse) 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 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 ou lorsqu'elles ont été effectuées ou fournies durant une période d'interdiction temporaire ou définitive d'exercice de la profession;

Infraction visée à l'art 73 bis 1° de la Loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

1.1.1 **Base réglementaire du grief**

Le grief 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 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.

1.1.2 **Prestations en cause**

Chapitre III. Soins courants		
Section 4. Soins donnés par des infirmiers gradués ou assimilés, des accoucheuses, des infirmiers brevetés, des hospitaliers/assistants en soins hospitaliers ou assimilés		
Art. 8, § 1 ^{er} . 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, visés sous rubrique III du § 1er, 1°, 2°, 3° et 3°bis 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 3,825
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: W 7,371 " - 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)	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: W 7,371 " - 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)	W 10,944

1.1.3 Fondements du grief

Le grief se fonde sur :

- l'analyse des données authentifiées transmises et authentifiées par les différents organismes assureurs conformément au prescrit de l'article 138 de la LC ;
- les auditions des assurés en date du 09-10-2020 ;
- l'audition de Madame A. et de Monsieur C. en date du 28-05-2021 et celle de Madame A. en date des 23 et 24-09-2021 ;
- le rapport de faits par entretien téléphonique de Madame D. du 25-01-2021, complété lors de la rencontre avec l'assurée, pour signature du rapport, en date du 28-01-2021 ;
- les auditions de collaborateurs et anciens collaborateurs de B. ayant travaillé pendant la période litigieuse et pendant une période significative de plus de 6 mois ainsi que les documents remis lors de ces auditions ;
- la liste de tournées et le répertoire des patients dispatchés par les responsables de la Société B. à leurs employés et transmises au SECM lors de leur audition du 28-05-2021 ;
- les répertoires de patients et feuilles de tournées, remis par les collaborateurs et anciens collaborateurs lors de leurs auditions respectives ; documents qu'ils ont reçus des responsables de la Société B. ;
- les rapports d'hospitalisation de Madame D. et de Madame E. ;

- concernant madame F., les grilles de présence au Centre et les déclarations de Madame G., directrice du Centre ... ;
- concernant madame H., les grilles de présence avec les périodes de vacances au Centre ... ainsi que les feuilles de soins présentes au domicile de l'assurée d'avril 2019 au 09-02-2020.

1.1.4 Argumentation

Déclaration de portée générale des collaborateurs et/ou anciens collaborateurs auditionnés :

Lors de leurs auditions respectives, les collaborateurs et anciens collaborateurs de la Société ont bien précisé que la mention « passage de carte pour toilette complète », reprise dans le répertoire des patients remis par Madame A., signifie bien « passage de carte d'identité du patient sans effectuer de soins ». Les collaborateurs devaient respecter les consignes de leurs employeurs (répertoire et verbale) et se rendre physiquement chez certains patients pour uniquement y passer la carte d'identité. Certains patients ne s'étonnaient pas de la démarche et préparaient même leur carte d'identité car c'était une routine installée.

Pour le cas de D., l'assurée déclare ne plus avoir reçu de soins d'hygiène, 3 semaines à partir d'une intervention du coude (03-02-2017) ; déclarations confirmées par les collaborateurs auditionnés.

Pour le cas de Monsieur I., les déclarations des collaborateurs confirment le passage de carte d'identité sans faire de soins.

Pour le cas de Madame J., l'assurée déclare ne pas avoir de soins 4 jours par semaine (mardis, jeudis, samedis et dimanches) ; déclarations confirmées par 3 collaborateurs qui passaient la carte d'identité sans faire de soins.

Pour le cas de Mesdames H. et E., les grilles de présence de leurs centres respectifs montrent que des prestations ont été attestées par Madame A. pendant un séjour (vacances, internat) au Centre.

Pour le cas de Monsieur K., les déclarations des collaborateurs confirment le passage de carte d'identité sans faire de soins.

Pour le cas de Monsieur L., les déclarations de son épouse, E., confirme l'absence de soins chez Monsieur L. ; déclarations confirmées par les collaborateurs auditionnés.

Pour le cas de Monsieur M., l'assuré déclare ne pas avoir eu de soins d'hygiène avant le 13-04-2019 (décès de son épouse) ; déclarations confirmées par les collaborateurs auditionnés.

Pour le cas de Madame N., l'assurée déclare ne bénéficier d'aucun soin, justifiant le passage de sa carte d'identité par le temps important consacré aux soins de son époux, Monsieur O. ; déclarations confirmées par les collaborateurs auditionnés.

Pour le cas de Madame E., l'assurée déclare bénéficier d'une toilette dos/pieds à la fréquence de 2 fois/mois. Déclarations confirmées par les collaborateurs auditionnés ; en dehors de cette fréquence, elle n'a bénéficié d'aucun soin d'hygiène. La seule période où elle a bénéficié de soins d'hygiène complets est une période de 30 jours dans le décours d'un problème du membre supérieur (03-12-2018).

1.1.5 Position et justification du dispensateur de soins

Pour le cas de D. , Madame A. déclare qu'avant 2017, la patiente a bénéficié d'une toilette à l'acte, période durant laquelle la patiente souffrait d'un syndrome de Ghislain Barré. Madame A. déclare ne plus être allée chez cette patiente depuis 2017 et ne pas avoir actualisé son dossier, alors que Madame D. allait de mieux en mieux. Madame A. précise que son personnel ne l'avait pas informée qu'il ne faisait plus de toilette.

Pour les cas de Monsieur I., Mesdames N. et E., Madame A. déclare n'y être allée que rarement et méconnaître le fait que ces assurés ne bénéficiaient plus de soin par son équipe et que malgré tout, leur carte d'identité était lue.

Pour le cas de Madame J., Madame A. déclare donner une douche où elle lave uniquement l' « arrière, la partie intime et le bas du corps de la patiente », à une fréquence variable : soit tous les jours pendant la période des règles, soit 3 fois/semaine, soit 4 fois/semaine, soit 5 fois/semaine.

Pour les cas de Mesdames H. et F., Madame A. reconnaît des erreurs de facturation.

Pour le cas de Monsieur K., Madame A. déclare passer uniquement pour donner un coup de main lors de la douche de Monsieur K., tous les jours, souvent le soir car ce dernier est habitué avec elle. Madame A. déclare que la lecture de la carte d'identité de Monsieur K. était faite par le prestataire de sa Société qui assurait les soins de Mesdames P. et Q., vivant sous le même toit ; les cartes d'identité étaient préparées sur la cheminée et étaient toutes lues dans le même temps.

Pour le cas de Monsieur L., Madame A. déclare ne pas y être allée souvent.

Pour le cas de Monsieur M., Madame A. déclare ne plus l'avoir pris en charge depuis 2017.

1.1.6 Position du SECM

Pour les cas de D. , de Messieurs I., L. et Madame N., le SECM a retenu l'ensemble des prestations à grief.

Pour le cas de Madame J., le SECM retient à grief les prestations attestées les mardis, jeudis, samedis et dimanches.

Pour les cas de Mesdames H. et F., le SECM retient à grief les prestations attestées pendant des séjours en vacances ou au Centre.

Pour le cas de Monsieur K., le SECM s'étonne que ce soit les collaborateurs de sa Société qui effectuent systématiquement le passage de carte de Monsieur K. sans lui faire aucun soin alors que le soin d'hygiène serait réalisé en soirée par madame A. Néanmoins, le SECM concède qu'une douche aurait pu être réalisée par Madame A. les jours où les prestations ont été portées en compte à son nom. Le SECM retient à grief les prestations attestées au nom des collaborateurs de sa Société vu qu'il est clair qu'ils ne les ont jamais réalisées.

Pour le cas de Monsieur M., le SECM retient à grief les honoraires forfaitaires portés en compte avant le 13-04-2019, date du décès de son épouse. La préparation du pilulier, même si elle a pu être effectivement réalisée par l'équipe de B. ne peut être portée en compte: aucune prescription médicale pour couvrir la préparation/administration de médicaments n'a pu être remise au SECM et aucun pseudocode y afférent (art.8 §5, 3°, c), permettant de retracer la journée de soins, n'a été porté en compte.

Pour le cas de Madame E., le SECM retient l'ensemble des prestations à grief, en dehors de la période du 03-12-2018 au 03-01-2019, période où l'assurée a dû bénéficier de soins d'hygiène complets dans un décours de problème d'épaule et en dehors de 2x/mois, où l'assurée bénéficiait d'une aide à la toilette, à sa demande. Du 01-09-2018 au 24-09-2018 et les 29, 30-10-2018, 01-11-2018, 02-11-2018, 03-11-2018, 10-04-2019 au 14-04-2019, une injection a été réalisée sous le couvert d'une prescription médicale. Le pseudocode y afférent (426753), permettant de retracer la journée de soins dans le cadre d'honoraires forfaitaires, a bien été porté en compte. A ces dates, une première prestation de base (425014 en semaine et 425412, le week-end/férié) ainsi qu'une « administration de médicaments par voie intramusculaire, sous-cutanée ou hypodermique » (423076 en semaine et 423275 le week-end/férié) pouvaient donc être portées en compte.

1.1.7 **Conclusion**

Le grief concerne 10 assurés pour 5.516 prestations pour un indu de 47.983,52€, période de prestations du 01-09-2018 au 31-03-2020 et d'introduction du 24-10-2018 au 30-04-2020.

Assurés	Indu total			TOTAUX	
	Prestation	Nb	Indu (€)	Nb	Montant (€)
Madame D.	425014	398	1525,23	1.148	6.064,87
	425110	398	2161,43		
	425412	176	941,91		
	425515	176	1436,3		
Monsieur I.	425272	367	4893,78	532	8.177,83
	425670	165	3284,05		
Madame J.	425014	172	658,27	684	3.885,66
	425110	176	954,94		
	425412	167	893,43		
	425515	169	1379,02		
Madame H.	425272	13	228,48	18	360,18
	425670	5	131,7		
Monsieur K.	425014	318	977,64	908	3.682,02
	425110	318	1298,98		
	425412	136	572,68		
	425515	136	832,72		
Monsieur L.	425272	323	4297,11	467	7.156,39
	425670	144	2859,28		
Madame F.	425294	19	652,69	19	652,69
Monsieur M.	425272	157	2733,62	225	4508,64
	425670	68	1775,02		
Madame N.	425014	398	1525,36	1.152	6.092,21
	425110	398	2161,62		
	425412	178	952,61		
	425515	178	1452,62		
Madame E.	425272	243	4252,86	363	7.403,03
	425670	120	3150,17		
10 assurés		5.516	47.983,52	5.516	47.983,52

Prestation	Nb	Montant(€)
425014	1286	4686,5
425110	1290	6576,97
425272	1103	16405,85
425294	19	652,69

425412	657	3360,63
425515	659	5100,66
425670	502	11200,22
Total général	5.516	47.983,52

1.2. Grief 2 : Prestations non conformes - Toilette incomplète ou absente

Du 09/04/2012 au 25/11/2018

Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer les documents réglementaires précités lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans la présente loi, dans ses arrêtés et règlements d'exécution, dans les conventions et accords conclus en vertu de cette même loi

A partir du 26/11/2018

Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer les documents réglementaires précités lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans la présente loi, dans ses arrêtés et règlements d'exécution, dans les conventions et accords conclus en vertu de cette même loi et/ou lorsque des prestations visées à l'article 34 ont été prescrites durant une période d'interdiction temporaire ou définitive d'exercice de la profession

Infraction visée à l'art. 73 bis 2° de la Loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 (LC).

En l'espèce il s'agit de prestations de l'article 8, § 1^{er}, 1°, I, A, B, II et 2°, I, A, B, II de la nomenclature, portées en compte au nom de 9 bénéficiaires pour lesquels le soin d'hygiène était incomplet dans le cadre d'honoraires forfaitaires et de toilettes à l'acte.

Elles ont été introduites au remboursement auprès des O.A. pendant la période du 24-10-2018 au 30-04-2020 et datées du 01-09-2018 au 31-03-2020.

1.2.1 BASES LEGALES ET REGLEMENTAIRES DU GRIEF

Arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

L'article 8 précise en ses § 4, 3°, §5,3° et § 6, 8° :

"§ 4. Précisions relatives aux prestations visées à la rubrique I du § 1^{er}, 1°, 2°, (...):

(...)

"3° Les prestations de base visées à la rubrique I, A du § 1^{er}, 1°, 2°, 3° et 4° ne peuvent être portées en compte que si on atteste soit une ou plusieurs prestations techniques de soins infirmiers visées à la rubrique I, B du § 1^{er}, 1°, 2°, (...)

(...)

§ 5, 3°

Les honoraires forfaitaires, visés à la rubrique II du § 1^{er}, 1°, 2° et 3° et à la rubrique IV du § 1^{er}, 1° et 2° ne peuvent être attestés que si les conditions suivantes sont réalisées :

a) pour chaque bénéficiaire dans le chef duquel des honoraires forfaitaires visés à la rubrique II du § 1^{er}, 1°, 2° et 3° et à la rubrique IV du § 1^{er}, 1° et 2° ont été attestés, une toilette (prestations 425110, 425515 ou 425913) par journée de soins a été effectuée.

(...)

§ 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. (...)

Question-réponse parlementaire

Question-réponse parlementaire n° 87 posée le 14 avril 1986 à Monsieur le Ministre des Affaires Sociales par Monsieur le Sénateur de CLIPPELLE « définition de la notion de toilette des patients » :

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

Jurisprudence

Une récente jurisprudence de la CR (rôle FB-009-06) en date du 12/01/2012 (E...) précise en outre ce que doivent comprendre ces soins d'hygiène :

« (...) Madame G. 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..... 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.(...) »

1.2.2 Prestations en cause

Chapitre III. Soins courants Section 4. Soins donnés par des infirmiers gradués ou assimilés, des accoucheuses, des infirmiers brevetés, des hospitaliers/assistants en soins hospitaliers ou assimilés Art. 8, § 1 ^{er} . 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, visés sous rubrique III du § 1 ^{er} , 1°, 2°, 3° et 3°bis 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 3,825
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: W 7,371 " - 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

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 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

1.2.3 Eléments de l'enquête sur lesquels se fonde le grief

Le grief se fonde sur :

- l'audition des assurés concernés par le grief en date du 09-10-2020 ;
- les auditions de collaborateurs et anciens collaborateurs de B. ayant travaillé pendant la période litigieuse et pendant une période significative de plus de 6 mois ainsi que les documents remis lors de ces auditions ;
- les listes de tournées et répertoire des patients dispatchés par les responsables de la Société B. à leurs employés et transmises au SECM lors de leur audition du 28-05-2021 ;
- l'audition de Madame A. et de Monsieur C. en date du 28-05-2021 et celle de Madame A. en date des 23 et 24-09-2021 ;
- les dossiers infirmiers remis par Madame A. lors de son audition du 28-05-2021 et concernés par le récépissé de saisie du 15-06-2021, relatif aux documents manquants ;
- les répertoires de patients et feuilles de tournées, remis par les collaborateurs et anciens collaborateurs lors de leurs auditions respectives ; documents qu'ils ont reçus des responsables de la Société B. ;
- l'analyse des données authentifiées transmises et authentifiées par les différents organismes assureurs conformément au prescrit de l'article 138 de la LC.

1.2.4 Argumentation

Pour le cas de Monsieur I., les déclarations des collaborateurs confirment le passage de carte d'identité sans faire de soins. Il a cependant bénéficié de 6 injections intramusculaires du 09 au 14-05-2019 (prescription médicale); raison pour laquelle un indu différentiel a été calculé à ces dates.

Pour le cas de Madame J., l'assurée déclare bénéficier de soins d'hygiène partiels (dos/pieds), 3 jours par semaine (lundis, mercredis et vendredis) ; les déclarations de 3 collaborateurs précisent le passage de carte d'identité sans faire de soins.

Pour le cas de Monsieur M., l'assuré déclare n'avoir eu aucun soin d'hygiène avant le 13-04-2019 (décès de son épouse) ; déclarations confirmées par les collaborateurs auditionnés : seul le dos de Monsieur M. est lavé depuis le décès de son épouse .

Pour le cas de Madame R., les témoins auditionnés confirment les soins partiels d'hygiène ; déclarations confirmées par les collaborateurs auditionnés (pansements aux jambes et soins d'hygiène partiels). Madame S. précise néanmoins que madame R. bénéficiait uniquement d'une toilette complète les seuls jours où elle devait se rendre à un rendez-vous médical. De même, Madame S. signale que, malgré l'annotation « toilette complète et pansements aux jambes » dans le répertoire des patients, la toilette n'était pas effectuée ni par Madame S., ni par ses autres collègues, hormis les jours de rendez-vous médical, selon les instructions orales de Madame A.

Seule Madame T. déclare lui avoir fait, en plus des pansements aux jambes, des soins d'hygiène complets et ce, après insistance, dans le décours d'un retour d'une hospitalisation en octobre 2018 (hospitalisation du 09-10-2018 au 16-10-2018).

De ce fait, le SECM considère que les prestations attestées au nom de Madame T. dans le décours de cette hospitalisation, ne sont pas retenues à grief. De même que les prestations attestées le jour d'un rendez-vous médical.

Pour le cas de Madame U., l'assurée déclare bénéficier de soins d'hygiène du dos, la mise de bas de contention et le pilulier ; déclarations confirmées par les collaborateurs auditionnés.

Pour le cas de Madame V., l'assurée déclare bénéficier depuis toujours d'une injection d'insuline et d'une toilette intime quotidiennes. En ce qui concerne les collaborateurs auditionnés :

Madame S. (période de travail du 08-02-2018 au 31-07-2020) précise que Madame V. bénéficiait d'une toilette intime et d'une insuline lente quotidiennes et qu'à partir de 2019, elle la mettait à la douche 1 fois par semaine (en général, elle la réalisait le dimanche soir). Au retour d'une période d'incapacité de travail de Madame S. (d'août 2019 à fin d'année 2019) , celle-ci a constaté que Madame V. ne bénéficiait plus que de la toilette intime et de l'injection d'insuline.

Madame W. (période de travail à partir du 01-12-2017) déclare que Madame V. bénéficie, depuis 2017, des mêmes soins à savoir d'une injection d'insuline et d'une toilette intime à l'Isobétadine le soir. La glycémie est dosée par son compagnon.

Madame T. précise qu'au début de son activité (période de travail du 02-09-2018 au 31-05-2019), Madame V. ne bénéficiait d'aucun soin d'hygiène et que ce n'est qu'en fin de son activité, qu'elle a commencé à laver l'assurée suite à une demande de l'époux.

Madame X. (période de travail du 16-01-2019 au 13-12-2019) précise que Madame V. bénéficiait d'une insuline et d'un contrôle de glycémie. Il était prévu qu'elle ait une toilette intime quotidienne mais vu le refus de la patiente, la toilette intime était réalisée 1 jour/3. Elle signale qu'il y avait un passage 2 fois par jour pour l'insuline.

Madame Y. (période de travail du 24-01-2019 au 27-08-2020) précise que, pour Madame V., elle faisait une insuline par jour et un gluco. Le gluco pouvait être fait aussi par Monsieur Z. Au début, elle lui donnait des douches. A une période de dégradation de l'état de l'assurée, elle a dû passer 2 fois et la toilette complète était alors faite au lavabo.

Madame AA. (période de travail du 06-04-2018 au 31-12-2019) déclare ne pas y être allée souvent et avoir réalisé une douche. Il lui semble que l'assurée a bénéficié aussi d'une injection d'insuline.

Madame AB. (période de travail du 23-07-2019 au 05-07-2020) déclare avoir prodigué les soins suivants à Madame V. : passage le soir pour l'insuline, la toilette intime et mettre du Dakarin.

Madame AC. (période de travail du 02-10-2017 au 23-11-2018) déclare que Madame V. bénéficiait d'une toilette intime (elle refusait la toilette complète) et d'une injection d'insuline.

Madame AD. (période de travail à partir du 15-06-2019) précise que madame V. bénéficiait d'une injection d'insuline et d'une toilette partielle, limitée à la fin de son activité à une toilette intime.

Madame AE. (période de travail du 01-08-2018 au 20-02-2020) déclare que Madame V. bénéficiait d'une insuline et d'une toilette intime, le soir.

Pour le cas de Monsieur L., les déclarations de son épouse, E., confirment l'absence de soins chez Monsieur L. ; déclarations confirmées par les collaborateurs auditionnés.

Pour le cas de Madame N., l'assurée déclare ne bénéficier d'aucun soin, justifiant le passage de sa carte d'identité par le temps important consacré aux soins de son époux, Monsieur O. ; déclarations confirmées par les collaborateurs auditionnés.

Pour le cas de Madame E., l'assurée déclare bénéficier d'une toilette dos/pieds à la fréquence de 2 fois/mois. Déclarations confirmées par les collaborateurs auditionnés ; elle a bénéficié de soins d'hygiène 30 jours dans le décours d'un problème du membre supérieur (03-12-2018).

Pour le cas de Madame AF., l'assurée déclare que Madame A. et son équipe viennent lui laver le dos et les pieds tous les jours, 1 fois par jour, depuis toujours ainsi que l'aider à se rhabiller.

Pour le cas de Monsieur AG., l'audition des collaborateurs confirme le caractère partiel du soin d'hygiène (haut du corps).

1.2.5 Position et justification du dispensateur de soins

Pour les cas de Monsieur I., Madame A. déclare n'y être allée que rarement.

Pour le cas de Madame J., Madame A. déclare donner une douche où elle lave uniquement l'« arrière, la partie intime et le bas du corps de la patiente », à une fréquence variable : soit tous les jours pendant la période des règles, soit 3 fois/semaine, soit 4 fois/semaine, soit 5 fois/semaine.

Pour le cas de Monsieur M., Madame A. déclare ne plus l'avoir pris en charge depuis 2017. Elle déclare qu'il bénéficie d'un dos/pieds, d'une préparation de pilulier et de soins locaux pour une petite tumeur du crâne.

Pour le cas de Madame R., Madame A. admet la correspondance entre les diverses déclarations et n'émet aucune opposition aux conclusions du SECM.

Pour le cas de Madame U., Madame A. déclare ne plus l'avoir pris en charge depuis 2017 et ne pas avoir suivi l'évolution des soins prodigués par son équipe.

Pour le cas de Madame V., Madame A. n'émet aucune opposition par rapport aux éléments factuels recueillis (déclarations de l'assurée, des collaborateurs, instructions du répertoire de patients) et les conclusions que le SECM en tire.

Pour le cas de Madame E., Madame A. déclare n'y être allée que rarement ; elle n'émet aucune opposition par rapport aux éléments factuels recueillis et les conclusions que le SECM en tire.

Pour le cas de Madame AF., Madame A. déclare que l'assurée bénéficie d'une toilette dos/pieds tous les jours et de l'application de pommade sur le dos pour laquelle elle n'a pas de prescription médicale.

Pour le cas de Monsieur AG., Madame A. n'émet aucune opposition par rapport aux éléments factuels recueillis et les conclusions que le SECM en tire.

1.2.6 Position du SECM

Pour le cas de Monsieur I., les déclarations des collaborateurs confirment le passage de carte d'identité sans faire de soins. Il a cependant bénéficié de 6 injections intramusculaires du 09 au 14-05-2019 (prescription médicale), raison pour laquelle un indu différentiel est calculé à ces dates.

Pour le cas de Madame J., le SECM retient à grief les prestations attestées les lundis, mercredis et vendredis vu l'absence de toilette complète.

Pour le cas de Monsieur M., le SECM retient à grief, à partir du 13-04-2019, date du décès de son épouse, les honoraires forfaitaires A portés en compte vu l'absence de soins d'hygiène complets dans le cadre d'un honoraire forfaitaire. Il a bénéficié également d'une préparation de piluliers qui ne pouvait être portée en compte, vu l'absence de prescription médicale et de pseudocode y afférent. Du 08-01-2020 au 28-02-2020, un soin de plaie, couvert par une prescription médicale, a été attesté 1x/2 jours sous le pseudocode 427291 (soin de plaie simple). Pouvaient alors être attestés 23 prestations de base (425014) et 23 prestations 424336 (soin de plaie(s) simple). Un indu différentiel est calculé.

Pour le cas de Madame R., vu le caractère partiel ou absent des soins d'hygiène, le SECM retient à grief l'ensemble des honoraires forfaitaires à l'exception des prestations attestées les mêmes jours que ceux d'un rendez-vous médical vu que la toilette a pu être complète ces jours-là (repris sous une lettre « M » pour rendez-vous médical au point 18 du listing de prestations annexé au PVC) et des prestations attestées au nom de Madame T. (toilette complète).

Du 01-09-2018 au 02-12-2018 : des soins de plaie ont quant à eux bien été réalisés et le pseudocode 427291 y afférent, tel qu'exigé dans le cadre d'honoraires forfaitaires (art 8§5,3°c), a bien été attesté. Le SECM octroie alors une première prestation de base (code de semaine 425014 ; code de week-end/-férié 425412) avec un soin de plaie simple (code de semaine 424336 ; code de week-end/férié 424491) les jours où le soin de plaie(s) pouvait être attesté sous le couvert de la prescription médicale du Dr AH., soit jusqu'au 02-12-2018. Un indu différentiel est donc calculé.

Pour le cas de Madame U., l'ensemble des prestations attestées est retenu à grief par le SECM. En date des 24 et 25-01-2019, une injection intramusculaire a été réalisée sous le couvert d'une prescription médicale. Le pseudocode 426753 y afférent, tel qu'exigé dans le cadre d'honoraires forfaitaires, a bien été porté en compte (art 8 §5, 3°, c), le SECM octroie alors une première prestation de base (code de semaine 425014) ainsi qu'une injection intramusculaire (code de semaine 423076).

Pour le cas de Madame V., au vu des éléments recueillis, le SECM considère :

- qu'à partir de 2018, une injection d'insuline et une toilette intime étaient réalisées ;
- qu'à partir de 2019, une douche hebdomadaire (le dimanche) a pu être réalisée ;
- et qu'à partir de 2020, à nouveau, seules l'injection d'insuline et une toilette intime étaient réalisées chaque jour.

D'après ces éléments, le SECM retient donc à grief les honoraires forfaitaires portés en compte :

- en 2018 et à partir du 01-01-2020: vu le caractère incomplet de la toilette et qu'aucun pseudocode relatif à l'injection (tel que l'exige l'art 8 §5, 3°, c) n'a été attesté ;
- en 2019, sauf les dimanches, le SECM considérant qu'une douche hebdomadaire (cf déclarations de Madame S.) a pu être réalisée et qu'aucun pseudocode relatif à l'injection (tel que l'exige l'art 8 §5, 3°, c) n'a été attesté.

Pour le cas de Madame E., le SECM retient les prestations à grief à une fréquence de 2x/mois vu le caractère partiel du soin d'hygiène, à l'exception d'une période du 03-12-2018 au 03-01-2019, où l'assurée a dû bénéficier de soins d'hygiène complets dans un décours de problème d'épaule.

Pour le cas de Madame AF., le SECM retient l'ensemble des prestations à grief. En date des 09-01-2020, 11-01-2020, 13-01-2020, 15-01-2020, 17-01-2020 et 19-01-2020, le pseudocode « 426753 » (Administration de médicaments par voie intramusculaire, sous-cutanée ou hypodermique), a bien été porté en compte, ceci permettant de retracer la journée de soins dans le cadre d'honoraires forfaitaires. De même, ces 6 injections intra-musculaires de FELDENE, 1x/2jours, ont bien été réalisées sous le couvert d'une prescription médicale du Dr AI. Une première prestation de base (425014 en semaine et 425412 le week-end/férié) ainsi qu'une injection (423076 de semaine et 423275 le week-end/férié) pouvaient être portées en compte. Un indu différentiel est donc calculé.

Pour le cas de Monsieur AG., vu le caractère partiel du soin d'hygiène, le SECM reprend les prestations à grief. En date des 01-08-2019 et 31-08-2019, seules une 1ère prestation de base (425014 en semaine/425412 week-end-férié) et une injection (423076 en semaine, 423275 week-end-férié) pouvaient être portées en compte, sous le couvert d'une prescription médicale et de l'introduction du pseudocode permettant de retracer la journée de soins dans le cadre d'honoraires forfaitaires. Un indu différentiel est donc calculé.

1.2.7 Conclusion

Le grief concerne 9 assurés pour 3.509 prestations pour un indu de 65.634,69€, période de prestations du 01-09-2018 au 31-03-2020 et d'introduction du 24-10-2018 au 30-04-2020, à concurrence d'un indu total de 63.028,26 € et d'un indu par différence de 2.606,63 €, soit un montant global de l'indu de 65.634,69€.

1.2.8 Indu pour le grief 2

Assurés	Indu total (€)			Indu différentiel (€)			TOTAUX	
	Prestation	Nb	Indu (€)	Prestation	Nb	Indu (€)	Nb	Indus (€)
Monsieur I.				425272	4	34,36	6	60,7
				425670	2	26,34		
Madame J.	425014	214	820,54				446	2.100,42
	425110	218	1185,04					
	425412	7	37,56					
	425515	7	57,28					
Monsieur M.	425272	198	3134,47	425272	23	121,9	322	5.620,84
	425670	101	2364,47					
Madame R.	425294	300	10246,72	425294	46	1062,14	501	18.814,31
	425692	132	6708,96	425692	23	796,49		
Madame U.	425272	398	5315,46	425272	2	17,18	578	8.880,07€
	425670	178	3547,43					
Madame V.	425272	336	5895,68				446	8.790,13
	425670	110	2894,45					
Madame E.	425272	26	455,08	425272	22	249,08	61	938,69
	425670	1	26,31	425670	12	208,22		
Madame AF.	425272	393	5248,17	425272	4	35,04	573	8.777,56
	425670	174	3467,49	425670	2	26,86		
Monsieur AG.	425272	397	6966,1	425272	1	11,46	576	11.651,97
	425670	177	4656,85	425670	1	17,56		

TOTAL GENERAL		3.367	63.028,26		142	2.606,63	3.509	65.634,69
---------------	--	-------	-----------	--	-----	----------	-------	-----------

Prestation	Nb	Montant(€)
425014	214	820,54
425110	218	1185,04
425272	1804	27483,98
425294	346	11308,86
425412	7	37,56
425515	7	57,28
425670	758	17235,98
425692	155	7505,45
Total général	3509	65634,69

Soit 3.509 prestations litigieuses pour un indu de 65.634,69€.

1.3. Grief 3 – prestations non conformes - dossier infirmier incomplet

Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer les documents réglementaires précités lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans la présente loi, dans ses arrêtés et règlements d'exécution, dans les conventions et accords conclus en vertu de cette même loi et/ou lorsque des prestations visées à l'article 34 ont été prescrites durant une période d'interdiction temporaire ou définitive d'exercice de la profession

Infraction visée à l'art. 73 bis 2° de la Loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 (LC).

En l'espèce il s'agit de prestations de l'article 8, § 1er, 1°, I, II, VIII, 2°, I, II, VII de la nomenclature, portées en compte au nom de 5 bénéficiaires alors le dossier infirmier ne correspond pas aux exigences de l'article 8, §3, 5° de la NPS, en ce sens qu'il est incomplet.

A noter que le SECM a été établi le grief pour une période de 3 mois : la période des prestations litigieuses s'étend du 01-09-2019 au 30-11-2019; elles ont été introduites auprès des OA du 09-11-2019 au 31-01-2020.

Cependant, les remarques générales formulées pour le grief sont valables pour la période des prestations contrôlées de ce PVC.

1.3.1 Bases légales et réglementaires du grief

1.3.1.1. Prestations en cause

<i>"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 22.11.2013" (en vigueur 1.1.2014)</i>		
"SECTION 4. - Soins donnés par des infirmiers gradués ou assimilés, des accoucheuses, des infirmiers brevetés, des hospitaliers/assistants en soins hospitaliers ou assimilés."		
<i>"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 12.9.2001" (en vigueur 1.10.2001) + "A.R. 22.11.2013" (en vigueur 1.1.2014) + "A.R. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014)</i>		
"Art. 8. § 1^{er}. 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, visés sous rubrique III du § 1 ^{er} , 1 ^o , 2 ^o , 3 ^o et 3 ^o bis requièrent la qualification d'infirmier gradué ou assimilé, d'accoucheuse ou d'infirmier breveté."		
	<i>"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997)</i>	
	"1^o Prestations effectuées au cours d'une séance de soins infirmiers au domicile ou à la résidence du bénéficiaire.	
	I. Séance de soins infirmiers.	
	"II. Honoraires forfaitaires par journée de soins pour des patients lourdement dépendants."	
	<i>"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 13.10.2004" (en vigueur 1.1.2005) + "A.R. 17.9.2005" (en vigueur 1.10.2005)</i>	
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 3,825
	<i>A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 13.10.2004" (en vigueur 1.1.2005)</i>	

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: W 7,371 " - 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)	W	7,371
	<i>"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 4.6.1998" (en vigueur 1.7.1998) + "A.R. 9.6.1999" (en vigueur 1.7.1999) + "A.R. 13.10.2004" (en vigueur 1.1.2005)</i>		
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)	W	10,083
	<i>"A.R. 19.1.2011" (en vigueur 1.1.2010)</i>		
	"VIII		
428035	valorisation des prestations multiples et contraignantes chez les patients très dépendants	W	0,134
	<i>"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997)</i>		
	"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>"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997)</i>		
	"II. Honoraires forfaitaires par journée de soins pour des patients lourdement dépendants."		
	<i>"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 13.10.2004" (en vigueur 1.1.2005)</i>		

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 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
	<i>"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 4.6.1998" (en vigueur 1.7.1998) + "A.R. 9.6.1999" (en vigueur 1.7.1999) + "A.R. 13.10.2004" (en vigueur 1.1.2005)</i>		
425714	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)	W	15,017
	<i>"A.R. 19.1.2011" (en vigueur 1.1.2010)</i>		
	"VII		
428050	valorisation des prestations multiples et contraignantes chez les patients très dépendants	W	0,134

1.3.1.2. Nomenclature des prestations de santé :

L'article 8 dispose :

§ 2. Précisions relatives à la prescription :

Les prestations suivantes ne sont remboursées que si elles ont été prescrites par un médecin:

- les prestations techniques de soins infirmiers visées à la rubrique I, B du § 1er, 1°, 2°, (...) à l'exception des prestations 425110, 425515, (...)

(...)

- les prestations de soins infirmiers effectuées dans le cadre d'un des honoraires forfaitaires visés à la rubrique II du § 1er, 1°, 2° (...) à l'exception des soins d'hygiène;"

- (...) les honoraires de suivi pour l'accompagnement infirmier des patients diabétiques qui ne passent pas aux soins autonomes (423231 et 423334);"

Cette prescription doit mentionner la nature des prestations, leur nombre et leur fréquence. Elle ne peut être limitée à la seule mention du numéro de nomenclature, mais doit contenir les données nécessaires pour identifier les soins portés en compte. (...)

Lorsqu'il s'agit de l'administration de médicaments et de solutions médicamenteuses, la prescription doit en outre mentionner la nature et la dose des produits à administrer.

(...)

Les prescriptions en matière de soins de plaie(s) comportent les éléments supplémentaires suivants :

- la description de la plaie;

- la fréquence maximale des soins;

- la posologie des médicaments à appliquer;

- la période pendant laquelle la plaie doit être soignée."

§ 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°, (...) :

1° La prestation de base, visée à la rubrique I, A du § 1er, 1°, 2°, (...) comprend :

- l'observation globale du bénéficiaire;

- le planning et l'évaluation des soins;

- l'accompagnement sanitaire du bénéficiaire et de son entourage;

- la tenue complète d'un dossier infirmier;

"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°, (...) 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° (...) 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 (...), ou des soins de plaie(s) spécifiques, décrits au § 8, 1° de cet article ou d'autres prestations décrites au § 1er, 1°, (...) VI (...) et au § 1er, 2°, (...) VI, (...)

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 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."

3° Les prestations de base visées à la rubrique I, A du § 1er, 1°, 2°, (...) ne peuvent être portées en compte que si on atteste soit une ou plusieurs prestations techniques de soins infirmiers visées à la rubrique I, B du § 1er, 1°, 2°, (...)

"4° Sans préjudice des dispositions du § 6, les prestations 425110, (...), 423076, (...), 424351, (...), 425515, (...), 423275, (...), 424513, (...) ne peuvent être attestées qu'une seule fois par séance de soins infirmiers."

(...)

"§ 5. Précisions relatives aux honoraires forfaitaires visés à la rubrique II du § 1er, 1°, 2° et 3° et à la rubrique IV du § 1er, 1° et 2°:"

(...)

"3° Les honoraires forfaitaires, visés à la rubrique II du § 1er, 1°, 2° (...) ne peuvent être attestés que si les conditions suivantes sont réalisées :"

a) pour chaque bénéficiaire dans le chef duquel des honoraires forfaitaires visés à la rubrique II du § 1er, 1°, 2° (...) du § 1er, 1° et 2° ont été attestés, une toilette (prestations 425110, 425515 (...)) par journée de soins a été effectuée (...)

"b) l'infirmier tient un dossier qui correspond aux dispositions du § 4, 2°;"

(...)

§ 5ter. Précisions relatives aux honoraires visés à la rubrique VI du § 1er, 1° :

1° Pour l'application du présent article, il y a lieu d'entendre par:

a) "patient diabétique" : le bénéficiaire pour lequel le praticien de l'art infirmier entame après le 1er avril 2003 un traitement chronique avec injection quotidienne d'insuline. Pour l'application des prestations 423231 et 423334, tous les patients à qui un praticien de l'art infirmier administre des injections d'insuline entrent en considération;

(...)

9° Les prestations 423231 et 423334 peuvent uniquement être attestées à la condition que l'accompagnement infirmier ait lieu selon un planning des soins approuvé et actualisé par le médecin traitant et qui répond à une directive fixée par le Comité de l'assurance soins de santé sur proposition de la Commission de convention praticiens de l'art infirmier – organismes assureurs. Elles ne peuvent être attestées qu'une fois par jour, et uniquement les jours où une injection d'insuline est effectuée.

(...)

§ 5^{quater}

Les prestations 428035, 428050 (...) peuvent être attestées à partir de la 3e, 4e et 5e visite chez un même patient au cours de la même journée de soins pour les patients lourdement dépendants bénéficiant d'une prestation décrite au § 1er, 1°, II (...) au § 1er, 2°, II (...).

Seul le dispensateur de soins qui a effectivement exécuté cette 3e visite ou les suivantes peut attester cette prestation. Cette prestation peut être attestée au maximum une seule fois par journée de soins pour la 3e visite, maximum une seule fois par journée de soins pour la 4e visite et maximum une seule fois par journée de soins pour la 5e visite."

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

1° Pour l'application du présent article, il y a lieu d'entendre par:

- "soins de plaie(s) simples" : tous les soins de plaie(s) qui ne tombent pas sous la notion "soins de plaie(s) complexes" ou "soins de plaie(s) spécifiques", notamment l'application de pansements sur un soin de plaie simple et l'ablation de fils ou d'agrafes;

- "soins de plaie(s) complexes" : les soins de :

- plaie(s) avec drain avec/sans aspiration;

- plaie(s) avec méchage et/ou irrigation;

- plaie(s) avec broche ou fixateur externe;

- deux plaies simples ou davantage;

- brûlure(s) au deuxième ou troisième degré, ulcère(s), greffe(s), escarre(s) d'une superficie de moins de 60 cm²;

- stomie(s) après colostomie, gastrostomie, iléostomie, cystostomie, uretérostomie ou trachéostomie;

- "soins de plaie(s) spécifiques" :

- les soins de brûlure(s) au deuxième ou troisième degré ou de greffe(s) d'une superficie de 60 cm² ou plus;

- les soins d'ulcère(s) d'une superficie de 60 cm² ou plus;

- les soins d'escarre(s) profonde(s) atteignant les tendons et les os;

- le débridement d'escarre(s) de décubitus.

(...)

5° Les prestations 424351, 424513, (...) 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.

(...)

"A.R. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003)

"Les soins de plaie(s) qui peuvent être effectués par le bénéficiaire lui-même ou par les aidants informels, ou qui peuvent être appris au bénéficiaire ou aux aidants informels, ne peuvent pas être attestés."

(...)

"A.R. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003) + "A.R. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014)

5° Les prestations 424351, 424513, (...) 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.

(...)

1.3.1.3. Circulaires du Service des soins de santé de l'INAMI (SSS) aux praticiens de l'art infirmier

1.3.1.3.1. Lettre circulaire 2012/01 datée du 29/05/2012 portant les références 1240/OMZ-CIRC/INF-12-1-f

Cette lettre circulaire précise notamment, en ce qui concerne le dossier infirmier, une adaptation de l'article 8 de la NPS à partir du 01/06/2012.

« (...) Dossier infirmier

Vous devez tenir le dossier infirmier complètement à jour pour avoir droit au remboursement des prestations que vous avez effectuées. Aucun honoraire n'est dû si :

- le dossier infirmier n'existe pas ou
- si le contenu minimal n'est pas repris.

Vous trouverez ce contenu minimal du dossier infirmier dans le schéma ci-dessous. La planification et l'évaluation diffèrent en fonction du type de prestation effectuée (Directive du 23 mai 2011 du Comité de l'assurance (voir annexe 1)).

Schéma du contenu minimal

Contenu minimal	Prestations de type 1: Nomenclature par acte (sauf les prestations qui se trouvent sous un autre type) + T2 et T7	Prestations de type 2: Prestations forfaitaires et soins de plaies complexes	Prestations de type 3: Prestations palliatives, PTSSI, consultation infirmière, prestations diabète, soins de plaies spécifiques
<i>Niveau 1:</i>	- ID bénéficiaire - ID infirmier - Prestations effectuées - Echelle d'évaluation si exigée - Prescription si exigée - ID prescripteur si exigée	- ID bénéficiaire - ID infirmier - Prestations effectuées - Echelle d'évaluation si exigée - Prescription si exigée - ID prescripteur si exigée	- ID bénéficiaire - ID infirmier - Prestations effectuées - Echelle d'évaluation si exigée - Prescription si exigée - ID prescripteur si exigée
<i>Niveau 2:</i> Planification et évaluation	- Planification - Evaluation Les éléments relevant concernant la planification et l'évaluation doivent être mentionnés au moins <u>tous</u> <u>les deux mois</u> .	- Planification - Evaluation Les éléments relevant concernant la planification et l'évaluation doivent être mentionnés au moins <u>toutes les deux</u> <u>semaines</u> .	- Planification - Evaluation Les éléments relevant concernant la planification et l'évaluation doivent être mentionnés au moins <u>chaque semaine</u> . (cette fréquence n'est pas valable pour les consultations et les prestations diabète vu qu'elles ne sont prestées qu'une seule fois ou qu'elles comprennent un rapport ou un plan de soins infirmiers)
<i>Niveau 3</i> Contenu spécifique supplémentaire en fonction de la prestation			Voir directives spécifiques dans la nomenclature

ANNEXE 1

Directive (23 mai 2011) concernant le contenu de la planification et de l'évaluation

Le plan de soin comprend au minimum la fréquence des différents actes infirmiers qui doivent être exécutés, y compris le moment recommandé. Si besoin est, des instructions supplémentaires sur l'adaptation des soins à la personne sont mentionnées. Le planning d'une précédente période peut être confirmé ou prolongé, adapté ou cessé.

L'évaluation du soin presté est réalisée sur base des observations constatées. Ces observations sont consignées au moment de l'exécution du soin. Il est également important de définir les observations indispensables que l'infirmier doit réaliser et de connaître les scores des différents items de l'échelle d'évaluation relative à la dépendance qui est utilisée. L'évaluation du soin résulte de la confirmation ou de la prolongation, de l'adaptation ou de la cessation du plan de soins, ou de la révision des problèmes du patient.

1.3.1.3.2. Circulaire n°2003/2 datée du 24/06/2003 - Références 1240/OMZ-CIRC/INF-03-2F

Cette circulaire comporte en son annexe 2 une directive relative aux soins de plaie(s), énoncée ci-dessous :

Directives relatives aux soins de plaie(s)

1. Directives relatives au contenu du dossier infirmier en matière de soins complexes et spécifiques de plaie(s)

Ce dossier fait partie intégrante du dossier infirmier et comprend l'anamnèse infirmière, le jugement clinique du praticien de l'art infirmier (diagnostics infirmiers), le plan de soins (interventions infirmières) et l'évaluation des résultats.

• L'anamnèse infirmière comprend les éléments suivants :

- ° Date de l'anamnèse infirmière
- ° Données d'identification du patient
- ° Médecin généraliste : données d'identification
- ° Médecin spécialiste : données d'identification
- ° Infirmier(ère) référent(e) : données d'identification
- ° Infirmier(ère) relais en soins de plaie(s) : données d'identification
- ° Antécédents médicaux et chirurgicaux qui peuvent avoir une influence sur la plaie, si données médicales à ce sujet disponibles
- ° Allergies :
 - ° cutanée
 - ° médicamenteuse: si données médicales à ce sujet disponibles (nom du médecin et date à laquelle les données ont été obtenues)
 - ° alimentaire
- ° Facteurs aggravants ou potentiellement aggravants :
 - ° état nutritionnel
 - ° état d'hydratation
 - ° d'origine médicale (par exemple : insuffisance cardiaque, artérite, ...)
 - ° d'origine thérapeutique (par exemple : médicaments anti-inflammatoires et anti-infectieux, chimiothérapie, ...)
- ° perte de mobilité
- ° autres (à spécifier)
- ° Situation familiale
 - ° Isolé
 - ° Vit en famille

° Personne(s) de contact pour le patient : données d'identification

• Le jugement clinique (diagnostic infirmier) comprend les éléments suivants :

• Description de la (des) plaie(s)

° nombre de plaies

° localisation de la (des) plaie(s)

° origine de la (des) plaie(s) et date d'apparition de la (des) plaie(s)

° type de plaie(s)

- plaie(s) avec drain avec/sans aspiration

- plaie(s) avec méchage et/ou irrigation

- plaie(s) avec broche ou fixateur externe

- deux plaies simples ou davantage

- brûlure(s) du deuxième ou du troisième degré, ulcère(s), greffon(s), escarre(s) avec une surface de moins de 60 cm²

- stomie(s) après colostomie, gastrostomie, iléostomie, cystostomie, urétérostomie ou trachéostomie

- brûlure(s) du deuxième ou du troisième degré ou greffon(s) avec une surface de 60 cm² ou plus

- ulcère(s) avec une surface de 60 cm² ou plus

- escarre(s) profonde(s) touchant les tendons et les os

- débridement d'escarre(s)

• Evaluation de la (des) plaie(s)

° dimensions (profondeur, largeur, longueur)

° stade de cicatrisation de la plaie (rose, rouge, jaune, noire)

° exsudat (0, +, ++, +++)

° contours de la plaie

° douleur (aiguë ou chronique)

• Le plan de soins comprend :

• La planification des interventions infirmières

• Le traitement locale de la (des) plaie

° nature

- ° fréquence
- ° répartition des soins pendant la journée
- ° nettoyage de la plaie et produits utilisés
- ° moyen de recouvrement
- ° moyens de fixation
- ° moyens de compression

• **L'évaluation du résultat du traitement**

- Justification de la demande d'avis d'un infirmier relais (si en application, soit uniquement en cas de plaies spécifiques)
- Rapport de la visite de l'infirmier relais (si en application, soit uniquement pour les plaies spécifiques). Ce rapport comprend au minimum :
 - ° La description de la plaies
 - ° L'évaluation de la plaie et du traitement en cours
 - ° Le traitement proposé

(...)

1.3.1.4. Jurisprudence

Madame J.P. contre SECM - n° de rôle FA-013-13

Chambre de première instance - décision prononcée le 21 janvier 2015 :

« En l'espèce, l'article 8 §4, 2° de la NPS prévoit en ce qui concerne la tenue du dossier infirmier:

(...)

La tenue du dossier infirmier 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"

(...)

Cette disposition est claire.

Si elle ne prévoit effectivement pas de condition de forme concernant la tenue du dossier infirmier, il s'agit en l'occurrence de laisser le choix au prestataire de soins entre la forme manuscrite et la voie électronique, via un notamment un programme informatique. Il ne

se déduit nullement de cette disposition que la simple communication de certaines informations aux OA constitue ce dossier infirmier. Ce ne sont pas les OA qui sont responsables de la tenue du dossier infirmier, mais bien le dispensateur de soins, comme cela ressort clairement de la disposition en cause, et c'est ce dernier qui doit conserver le dossier infirmier pendant au moins 5 ans.

(...)

La Chambre de première instance ne peut dès lors que constater que le grief principal invoqué par le SECM, est établi. L'indu total s'élève à (...) €.

1.3.2. Fondements du grief

Le grief se fonde sur :

- les déclarations de madame A. et de monsieur C. en date des 28-05-2021 et celles de madame A. en date des 23-09-2021 et 24-09-2021 ;
- l'audition des assurés en date du 09-10-2021 ;
- l'analyse de dossiers infirmiers, remis par madame A. lors de son audition du 28-05-2021 ;
- le récépissé de saisie du 15-06-2021 relatif aux documents manquants à l'audition du 28-05-2021 ;
- les auditions de collaborateurs et anciens collaborateurs de B. ayant travaillé pendant la période litigieuse et pendant une période significative de plus de 6 mois ;
- l'analyse des données informatisées transmises et authentifiées par les différents organismes assureurs conformément au prescrit de l'article 138 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

1.3.3. Argumentation

Remarque de portée générale pour les dossiers infirmiers saisis :

Lors de son audition du 28-05-2021, Madame A. a remis une partie des dossiers demandés par le SECM. Le SECM lui a accordé un délai pour remettre les documents manquants.

Le 15-06-2021, remise de l'ensemble des documents demandés et manquants en date du 28-05-2021 par Monsieur C., co-gérant de la Société B.

Pour la période concernée, 29 dossiers ont été demandés à Mme A. Il en ressort que Madame A. ne dispose pas de dossier complet pour chaque patient : sur les 29 dossiers demandés, Madame A. ne nous en a remis que 27, avec, pour certains d'entre eux, des périodes manquantes, par rapport à la demande du SECM (01-06-2018 au 31-12-2020).

2 dossiers sont donc manquants : ceux de Monsieur AJ et Madame AK. Pour Monsieur AJ., madame A. déclare que le dossier infirmier est introuvable et pour madame AK., elle affirme qu'il est en possession de l'infirmière titulaire, madame AL.

L'analyse des dossiers remis montre que leur contenu ne correspond pas à ce qu'en exige la nomenclature, cfr. art.8 §4, 2° qui décrit le contenu minimal du dossier.

En effet, le SECM a constaté :

- En ce qui concerne la planification et l'évaluation des soins :
 - absence pour tous les dossiers reçus
- En ce qui concerne les honoraires forfaitaires :
 - les cotations des critères de l'échelle de Katz sont absents ;
 - absence d'information permettant de justifier les changements de cotations et donc, d'état de dépendance.
 - absence d'information pour les patients qui passent en statut palliatif, pour lesquels la tenue du dossier ne remplit pas les dispositions légales telles que décrites à l'art 8 §5bis.
 - absence d'information pour le soin d'hygiène réalisé dans le cadre d'un honoraire forfaitaire ;
- En ce qui concerne les prestations techniques à l'acte ou réalisées dans le cadre d'honoraires forfaitaires :
 - administration de médicaments par voie IM, SC, (...) : absence de précisions quant au médicament administré : nom du médicament noté, mode d'administration, ... ;
 - soins de plaie(s) simples : généralement absence de produits quant aux noms des produits à utiliser, dosage, ... ;
 - soins de plaie(s) complexes : absence de dossier spécifique relatif aux soins de plaie complexes.
- En ce qui concerne l'identification du prestataire qui a réalisé le soin :

Il ressort des auditions des collaborateurs et/ou anciens collaborateurs de la Société B. que :

- absence de fiabilité quant aux soins réalisés et à l'identification du prestataire qui les a réalisés, soit parce qu'ils étaient cochés et paraphés alors qu'ils n'étaient pas réalisés, soit parce qu'ils étaient réalisés mais paraphés par un autre prestataire que celui qui avait réellement assuré le soin ;
- manquements d'éléments essentiels du dossier à savoir, les antécédents, les traitements,...

L'art.8 §3, 5° précise qu'aucun honoraire n'est dû si le contenu minimal du dossier ne correspond pas à la description qui en est faite au §4, 2° de l'art.8.

1.3.4. Position et justification du dispensateur de soins

Madame A. déclare méconnaître la NPS ainsi que Directives relatives à la tenue du dossier infirmier.

Déclaration de portée générale de Madame A. en date du 24-09-2021 :

« (...) Nous abordons les dossiers infirmiers.

Vous me demandez si je connais ce qu'en dit la nomenclature des prestations de santé ainsi que les Directives relatives au contenu minimal du dossier, je vous réponds que je n'en avais pas connaissance. Vous me donnez un exemplaire de ces Directives.

Vous me signalez que la tenue de mes dossiers infirmiers présente de nombreuses lacunes par rapport à la législation et que vous reprendrez à titre exemplatif certains dossiers à grief sur les 29 demandés. (...) »

1.3.5. Position du SECM

Au vue de la base légale reprise ci-avant, l'infraction est évidente. Aucun honoraire n'est dû si le contenu minimal décrit au §4, 2° n'est pas mentionné dans le dossier ou si le dossier est absent.

1.3.6. Conclusion

Ce grief concerne 5 assurés et 600 prestations pour la période de prestations attestées du 01-09-2019 au 30-11-2019; introduites auprès des organismes assureurs du 09-11-2019 au 31-01-2020, à concurrence d'un indu total de 15.262,72 €.

Assurés	Prestation	Nb	Indu(€)	TOTAUX	
	Prestation	Nb		Nb	Indu
Monsieur O.	425294	63	2144,52	91	3.563,28
	425692	28	1418,76		
Monsieur AJ.	425272	63	841,05	91	1399,09
	425670	28	558,04		
Madame AM.	425316	50	2333,5	145	3979,63
	425714	23	1601,49		
	428035	49	30,38		
	428050	23	14,26		
Madame V.	425272	63	1105,02	91	1841,7
	425670	28	736,68		
Madame AN.	425316	63	2661,12	182	4479,02
	425714	28	1761,48		
	428035	63	39,06		
	428050	28	17,36		
Total général				600	15.262,72

Prestation	Nb	Montant (€)
425272	126	1946,07
425294	63	2144,52
425316	113	4994,62
425670	56	1294,72
425692	28	1418,76
425714	51	3362,97
428035	112	69,44
428050	51	31,62
Total général	600	15262,72

Grief 4 - prestations non conformes – surcotation échelle de Katz

Du 09/04/2012 au 25/11/2018

Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer les documents réglementaires précités lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans la présente loi, dans ses arrêtés et règlements d'exécution, dans les conventions et accords conclus en vertu de cette même loi

A partir du 26/11/2018

Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer les documents réglementaires précités lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans la présente loi, dans ses arrêtés et règlements d'exécution, dans les conventions et accords conclus en vertu de cette même loi et/ou lorsque des prestations visées à l'article 34 ont été prescrites durant une période d'interdiction temporaire ou définitive d'exercice de la profession

Infraction visée à l'art. 73 bis 2° de la Loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 (LC).

En l'espèce il s'agit de 9 bénéficiaires au nom desquels des honoraires forfaitaires visés à la rubrique II du § 1er, 1° et 2° de l'article 8 de la nomenclature n'étaient pas attestables en ce sens que le degré de dépendance requis par le libellé des prestations litigieuses et défini à l'article 8, § 5, 1° de la nomenclature n'était pas atteint.

La période des prestations litigieuses s'étend du 01-09-2018 au 31-03-2020, elles ont été introduites auprès des OA pendant la période du 24-10-2018 au 30-04-2020.

1.4.1. Base légale et réglementaire du grief

1.4.1.1. Arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé (NPS) en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (ASSI)

En ce qui concerne les honoraires forfaitaires :

Le grief se base sur la conjonction des critères de dépendance physique tels qu'ils sont définis à l'art. 8, § 5, 1° de la NPS avec les libellés des prestations correspondant aux honoraires forfaitaires dits forfaits A, B et C tels qu'ils figurent à l'art. 8, § 1er de la NPS :

§ 5. Précisions relatives aux honoraires forfaitaires visés à la rubrique II du § 1er, 1°, 2°, 3° et 3°bis et à la rubrique IV du § 1er, 1° et 2°:

1° La dépendance physique visée à la rubrique II du § 1er, 1°, 2°, 3° et 3°bis et à la rubrique IV du § 1er, 1° et 2° est évaluée sur base de l'échelle d'évaluation reprise ci-après :

a) Se laver :

- (1) Est capable de se laver complètement sans aucune aide ;
- (2) A besoin d'une aide partielle pour se laver au-dessus ou en dessous de la ceinture ;
- (3) A besoin d'une aide partielle pour se laver tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture ;
- (4) Doit être entièrement aidé pour se laver tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture.

b) S'habiller :

- (1) Est capable de s'habiller et de se déshabiller complètement sans aucune aide ;
- (2) A besoin d'une aide partielle pour s'habiller au-dessus ou en dessous de la ceinture (sans tenir compte des lacets) ;

- (3) A besoin d'une aide partielle pour s'habiller tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture ;
- (4) Doit être entièrement aidé pour s'habiller tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture.

c) Transfert et déplacements :

- (1) Est autonome pour le transfert et se déplace de façon entièrement indépendante, sans auxiliaire(s) mécanique(s) ni aide de tiers ;
- (2) Est autonome pour le transfert et ses déplacements moyennant l'utilisation d'auxiliaire(s) mécanique(s) (béquille(s), chaise roulante, ...) ;
- (3) A absolument besoin de l'aide de tiers pour au moins un des transferts et/ou ses déplacements ;
- (4) Est grabataire ou en chaise roulante et dépend entièrement des autres pour se déplacer."

d) Aller à la toilette

- (1) Est capable d'aller seul à la toilette, de s'habiller et de s'essuyer ;
- (2) A besoin d'aide pour un des trois items : se déplacer ou s'habiller ou s'essuyer ;
- (3) A besoin d'aide pour deux des trois items : se déplacer et/ou s'habiller et/ou s'essuyer ;
- (4) A besoin d'aide pour les trois items : se déplacer et s'habiller et s'essuyer"

e) Continence :

- (1) Est continent pour les urines et les selles ;
- (2) Est accidentellement incontinent pour les urines ou les selles (sonde vésicale ou anus artificiel compris) ;
- (3) Est incontinent pour les urines (y compris exercices de miction) ou les selles ;
- (4) Est incontinent pour les urines et les selles.

f) Manger :

- (1) Est capable de manger et de boire seul ;
- (2) A besoin d'une aide préalable pour manger ou boire ;
- (3) A besoin d'une aide partielle pendant qu'il mange ou boit ;
- (4) Le patient est totalement dépendant pour manger et boire.

De même, l'art.8 § 5, 2° précise :

"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 12.9.2001" (en vigueur 1.10.2001) + "A.R. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014)

"§ 5. Précisions relatives aux honoraires forfaitaires visés à la rubrique II du § 1er, 1°, 2°, 3° et 3°bis et à la rubrique IV du § 1er, 1° et 2°:"

(...)

"A.R. 25.4.2004" (en vigueur 1.6.2004) + "A.R. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014)

"2° Les honoraires forfaitaires visés à la rubrique II du § 1er, 1°, 2°, (...) remboursent d'une façon forfaitaire les prestations suivantes dispensées au cours d'une même journée de soins:

"a) les prestations de base visées à la rubrique I, A du § 1er, 1°, 2°, 3°, 3°bis et 4°;"

"A.R. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014)

"b) les prestations techniques de soins infirmiers visées à la rubrique I, B du § 1er, 1°, 2° (...)"

L'art.8 § 5, 3°c) précise :

"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 8.7.1997" (en vigueur 1.10.1997)

c) pour chaque forfait attesté, plusieurs des pseudo-codes suivants, correspondants aux prestations effectuées pendant la journée de soins doivent être mentionnés complémentirement au numéro de code de la nomenclature du forfait :"

"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 8.7.1997" (en vigueur 1.10.1997) + "A.R. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003) + "A.R. 3.8.2007" (en vigueur 1.10.2007) + "A.R. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014)

Prestation	Pseudo-code	Nombre	N° INAMI du prestataire
1 ^{ère} prestation de base	426635		
2 ^{ème} prestation de base	426650		
3 ^{ème} prestation de base	426672		
4 ^{ème} prestation de base	426694		
5 ^{ème} prestation de base	426716		
425110, 425515, (...)	426731		
(...) 423076, (...), 423275, (...)	426753		
(...)	427210		
424314, 424476, (...)	427276		
424933, 424955, (...)	426974		
424336, 424491, (...)	427291		
424351, 424513, (...)	427313		
(...)			
Préparation de médication	426576		

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

Les cotations tiennent compte également des directives énoncées à ce propos par le Service des soins de santé et diffusées par le biais de la circulaire n° 2011/1 sous références 1240/OMZ-CIRC/INF-11-1-f, d'application depuis le 1er avril 2011. Elles peuvent également être consultées sur le site www.inami.fgov.be.

« (...) Chaque critère doit être évalué en tenant compte des limitations quelle que soit leur origine (par exemple une affection cardiorespiratoire, une affection locomotrice, une affection psychique, etc.) et ce, indépendamment des soins dispensés.

Se laver

1. Est capable de se laver complètement sans aucune aide

Le patient est capable de se laver complètement sans aucune aide et sans aucune forme de surveillance ou de stimulation.

2. A besoin d'une aide partielle pour se laver au-dessus ou en dessous de la ceinture

Il existe deux possibilités:

- a) Le patient a besoin d'une aide active pour se laver au-dessus ou en dessous de la ceinture, ou
- b) Le patient est capable de se laver au-dessus ou en dessous de la ceinture, moyennant une stimulation et sans la nécessité d'une surveillance et/ou d'une présence continue(s).

La situation où seul le dos ou seuls les pieds sont lavés répond au score '2'.

3. A besoin d'une aide partielle pour se laver tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture

Il existe deux possibilités:

- a) Chaque fois que le patient se lave, au-dessus et en dessous de la ceinture, il a besoin d'aide pour se laver au-dessus ou en dessous de la ceinture, ou
- b) Le patient est encore capable de se laver partiellement tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture, moyennant une stimulation individuelle continue (par exemple vocale) et une surveillance active continue.

La situation où seuls le dos et les pieds sont lavés répond au score '3'.

4. Doit être entièrement aidé pour se laver tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture

Lorsqu'une tierce personne ne le fait pas, le patient n'est pas lavé.

S'habiller

1. Est capable de s'habiller et de se déshabiller complètement sans aucune aide

Le patient est capable de s'habiller et de se déshabiller complètement de sa propre initiative, sans aucune aide et sans aucune forme de surveillance ou de stimulation. Il s'agit de patients qui savent ce qu'ils doivent porter et qui changent à temps de vêtements.

Le patient qui éprouve uniquement des difficultés pour nouer ses lacets appartient à cette catégorie.

2. A besoin d'une aide partielle pour s'habiller au-dessus ou en dessous de la ceinture (sans tenir compte des lacets)

Il existe deux possibilités:

a) Le patient a besoin d'une aide partielle active pour s'habiller et/ou se déshabiller au-dessus ou en dessous de la ceinture (par exemple pour enfiler un corset, des bas à varices), ou

b) Le patient est capable de s'habiller et/ou de se déshabiller au-dessus ou en dessous de la ceinture, moyennant une stimulation (par exemple la préparation de ses vêtements) et sans la nécessité d'une surveillance continue et/ou d'une présence continue.

3. A besoin d'une aide partielle pour s'habiller tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture

Il existe trois possibilités:

a) Le patient a chaque fois besoin d'une aide active partielle pour s'habiller et/ou se déshabiller tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture, ou

b) Le patient est encore capable de s'habiller et/ou de se déshabiller partiellement tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture, moyennant une stimulation individuelle continue (par exemple vocale) et une surveillance active continue, ou

c) Le patient a besoin d'aide pour mettre l(es) orthèse(s) et/ou la (les) prothèse(s) indispensable(s) à son autonomie locomotrice (membres supérieurs et/ou membres inférieurs).

Sans cette aide, le patient n'est pas capable de s'habiller décentement.

4. Doit être entièrement aidé pour s'habiller tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture

La situation du patient a tellement évolué qu'il ne s'habille ou ne se déshabille plus du tout. Si personne ne l'aide à s'habiller, le patient porte les mêmes vêtements jour et nuit.

Transfert et déplacements

Le critère «transfert» exprime tout changement de position (de la position couchée à la station debout, de la position assise à la station debout, de la position couchée à la position assise et vice versa).

Le critère « déplacements » implique le fait d'aller d'un point à l'autre.

Aucun moyen d'immobilisation ou de contention n'est pris en considération pour l'évaluation de ce critère.

1. Est autonome pour le transfert et se déplace de façon entièrement indépendante, sans auxiliaire(s) mécanique(s), ni aide de tiers

Le patient est autonome pour le transfert et est capable de se déplacer sans aucune aide de tiers ou d'aide(s) mécanique(s), comme il l'a toujours fait.

2. Est autonome pour le transfert et ses déplacements moyennant l'utilisation d'auxiliaire(s) mécanique(s) (béquille(s), chaise roulante, ...)

Le patient est autonome pour le transfert, éventuellement à l'aide d'auxiliaire(s) mécanique(s). Pour se déplacer, le patient utilise lui-même des aides à la marche telles des béquilles, une tribune, une chaise roulante, etc. ou s'appuie sur les meubles; cela nécessite, le cas échéant, l'aide occasionnelle d'un tiers.

3. A absolument besoin de l'aide de tiers pour au moins un des transferts et/ou ses déplacements

Il existe deux possibilités:

a) Le patient n'est jamais capable de se lever du lit le matin et/ou de se coucher le soir sans l'aide de tiers (de la position couchée à la station debout ou vice versa), et/ou le patient n'est jamais capable de se mettre debout ou de s'asseoir sans l'aide de tiers (de la position assise à la station debout ou vice versa), et/ou le patient n'est jamais capable de s'asseoir ou de se coucher sans l'aide de tiers (de la position couchée à la position assise et vice versa) et/ou

b) Le patient a besoin de l'aide de tiers pour chaque déplacement

4. Est grabataire ou en chaise roulante et dépend entièrement des autres pour se déplacer

Le patient qui bénéficie d'une voiturette électronique remboursée et qui y séjourne la plus grande partie de la journée, tant pour les déplacements intérieurs qu'extérieurs, obtient un score 4. Il s'agit d'un patient qui présente des difficultés complètes, démontrées et définitives de déplacement. Il ne peut se tenir debout ou marcher. Un transfert autonome de la voiturette vers une chaise, le fauteuil ou le lit ou inversement est impossible sans l'aide d'une tierce personne.

Aller à la toilette

Ce critère exprime tant l'utilisation des WC que celle de la chaise percée placée à proximité immédiate du patient.

Ce critère est chaque fois une combinaison de 3 items: se déplacer et s'habiller (baisser et relever le pantalon et éventuellement retirer et replacer du matériel d'incontinence) et s'essuyer.

1. Est capable d'aller seul à la toilette, de s'habiller et de s'essuyer

2. A besoin de l'aide partielle de tiers pour se rendre aux toilettes ou s'habiller ou s'essuyer

Le patient a besoin d'aide pour un des trois items: se déplacer ou s'habiller ou s'essuyer.

3. Doit être entièrement aidé pour se rendre aux toilettes et/ou s'habiller et/ou s'essuyer

Le patient a besoin d'aide pour deux des trois items: se déplacer et/ou s'habiller et/ou s'essuyer.

4. Doit être entièrement aidé pour se rendre aux toilettes/chaise percée et s'habiller et s'essuyer

Le patient a besoin d'aide pour les trois items: se déplacer et s'habiller et s'essuyer.

Continence

La modification pour le score « 2 » est d'application à partir du 1^{er} janvier 2007 (la date d'entrée en vigueur de la modification de la nomenclature des soins infirmiers à domicile qui y est associée)

1. Est continent pour les urines et les selles

2. Est accidentellement incontinent pour les urines ou les selles (sonde vésicale ou anus artificiel compris)

Il existe trois possibilités:

a) Le patient présente occasionnellement, c'est-à-dire à des moments irréguliers du nycthémère, des pertes involontaires d'urine et/ou de fèces, comme une incontinence due au stress ou une incontinence d'effort. Une personne qui est exclusivement incontinente pour les urines pendant la nuit doit obtenir un score «2». Une personne qui est incontinente pour les urines pendant la nuit et occasionnellement incontinente pour les urines pendant la journée reçoit également un score "2", ou

b) Le patient porte un anus artificiel ou une urostomie ou une sonde à demeure, ou

c) Le patient réalise son autosondage

3. Est incontinent pour les urines (y compris exercices de miction) ou les selles

Il existe deux possibilités:

a) Le patient présente une perte involontaire d'urine ou de fèces de façon permanente ou le patient n'est continent que grâce à des exercices de miction (minimum 4 fois par jour une aide à la toilette individualisée avec mention dans le plan de soins, dans le dossier infirmier ou le dossier de soins) ou cathétérisation par un tiers, ou

b) Le patient présente en permanence un comportement inadapté lors de l'élimination de l'urine ou des fèces.

4. Est incontinent pour les urines et les selles

Il existe deux possibilités :

a) Le patient présente une perte involontaire d'urine et de fèces de façon permanente. Il est donc incontinent pour l'urine et les selles, ou

b) Le patient présente en permanence un comportement inadapté lors de l'élimination de l'urine et des fèces.

Manger

1. Est capable de manger et de boire seul

Le patient est capable de manger et de boire de manière autonome

2. A besoin d'une aide préalable pour manger ou boire

Il existe deux possibilités:

a) Le patient a surtout besoin d'une aide préalable pour manger ou boire (par exemple tartiner, couper la viande, servir la boisson,...), ou

b) Le patient est autonome pour manger et boire s'il dispose de moyens d'aide adaptés ou de l'aide occasionnelle de tiers ou moyennant une stimulation et sans la nécessité d'une surveillance et/ou d'une présence continue.

3. A besoin d'une aide partielle pendant qu'il mange ou boit

Il existe deux possibilités:

a) Le patient a besoin de l'aide partielle de tiers au moins pendant tout le repas principal, ou

b) Le patient reçoit une stimulation (par exemple vocale) individualisée continue (une personne qui s'occupe de maximum 3 patients pour la prise du repas durant toute la durée de celui-ci) et une surveillance active continue lors de la prise de nourriture ou de boissons.

4. Le patient est totalement dépendant pour manger et boire

Pour manger, le patient est totalement dépendant de tiers ou d'une technique de nutrition (alimentation par sonde, alimentation entérale ou parentérale, (...) »

1.4.2. Prestations en cause

2. "A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 22.11.2013" (en vigueur 1.1.2014)			
"SECTION 4. - Soins donnés par des infirmiers gradués ou assimilés, des accoucheuses, des infirmiers brevetés, des hospitaliers/assistants en soins hospitaliers ou assimilés."			
"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 12.9.2001" (en vigueur 1.10.2001) + "A.R. 22.11.2013" (en vigueur 1.1.2014) + "A.R. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014)			
"Art. 8. § 1^{er}. 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, visés sous rubrique III du § 1 ^{er} , 1°, 2°, 3° et 3°bis requièrent la qualification d'infirmier gradué ou assimilé, d'accoucheuse ou d'infirmier breveté."			
"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997)			
"1° Prestations effectuées au cours d'une séance de soins infirmiers au domicile ou à la résidence du bénéficiaire.			
"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997)			
"II. Honoraires forfaitaires par journée de soins pour des patients lourdement dépendants."			
"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 13.10.2004" (en vigueur 1.1.2005) + "A.R. 17.9.2005" (en vigueur 1.10.2005)			
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	3,825
"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 13.10.2004" (en vigueur 1.1.2005)			
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)	W	7,371
"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 4.6.1998" (en vigueur 1.7.1998) + "A.R. 9.6.1999" (en vigueur 1.7.1999) + "A.R. 13.10.2004" (en vigueur 1.1.2005)			
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)	W	10,083
"A.R. 19.1.2011" (en vigueur 1.1.2010)			
"VIII			
428035	valorisation des prestations multiples et contraignantes chez les patients très dépendants	W	0,134
"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997)			
"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.			
"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997)			
"II. Honoraires forfaitaires par journée de soins pour des patients lourdement dépendants."			
"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 13.10.2004" (en vigueur 1.1.2005)			
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 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
<i>"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 4.6.1998" (en vigueur 1.7.1998) + "A.R. 9.6.1999" (en vigueur 1.7.1999) + "A.R. 13.10.2004" (en vigueur 1.1.2005)</i>			
425714	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)	W	15,017
<i>"A.R. 19.1.2011" (en vigueur 1.1.2010)</i>			
"VII"			
428050	valorisation des prestations multiples et contraignantes chez les patients très dépendants	W	0,134

1.4.2. Fondements du grief

Le grief se fonde sur :

- les cotations des échelles de Katz des assurés introduites aux OA ;
- les auditions des différents assurés concernés ;
- les rapports d'hospitalisation de Madame AO., de Madame AP, de Madame H., de Monsieur AQ., de Madame AR. ;
- les auditions de Madame A. et de Monsieur C., en date du 28-05-2021, et de Madame A. en date des 23-09-2021 et 24-09-2021 ;
- l'analyse des dossiers infirmiers remis par Madame A. lors de son audition du 28-05-2021 et par Monsieur C., lors de la saisie des dossiers en date du 15-06-2021 ;
- concernant madame F., l'audition de Madame G., directrice faisant fonction au Centre ... et les échanges de mails avec Madame AS., responsable paramédicale du Centre ... ;
- les Directives pour l'utilisation de l'échelle d'évaluation ;
- l'analyse des données informatisées transmises et authentifiées par les différents organismes assureurs conformément au prescrit de l'article 138 de la loi relative à l'assurance obligatoire des soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

1.4.3. Position et justification du dispensateur de soins

Déclaration de portée générale et position de madame A. en date du 24-09-2021 :

« (...) Vous me demandez si je connais les «Directives pour l'utilisation de l'échelle d'évaluation» (circulaire n°2011/1 sous références 1240/OMZ-CIRC/INF-11-1-f, d'application depuis le 1er avril 2011). Je vous réponds que non. Pour compléter mes échelles de Katz, j'utilise la grille. Vous me la montrez. C'est bien ça. Vous m'informez que les Directives complètent cette grille ; la grille est beaucoup plus succincte. Je donne les informations à C., et c'est lui qui met les cotations. Comme je vous l'ai dit lors de ma 1ère audition, c'est moi qui ai souvent le 1er contact avec le patient et établis alors l'échelle. Je renouvelle les échelles tous les 3 mois, c'est C. qui les introduit.(...) »

Pour l'ensemble du grief, Madame A. marque son accord avec la discussion des critères et les échelles qui en résultent.

1.4.4. Position du SECM

Au vue de la base légale reprise ci-avant, l'infraction est évidente. La facturation des prestations se doit de correspondre au degré de dépendance des critères de l'échelle d'évaluation.

1.4.5. Conclusion

Le grief concerne 9 assurés et 5.235 prestations pour la période de prestations attestées du 01-09-2018 au 31-03-2020, introduites auprès des organismes assureurs du 24-10-2018 au 30-04-2020, à concurrence d'un indu total de 354,62 € et d'un indu par différence de 97.510,92 €, soit un montant global de l'indu de 97.865,54€.

Assuré	Prestation	Nb	Montant attesté (€)	Montant attestable (€)	Indu différentiel (€)	Indu (€)	Totaux	
							Nb	Indus (€)
Madame AO.	425294	394	12164,86	2817,66	9347,2		570	15.596,1
	425692	176	8067,06	1818,16	6248,9			
Madame AP.	425294	376	11613,6	2689,96	8923,64		541	14.785,05
	425692	165	7566,78	1705,37	5861,41			
Madame AT.	425272	400	5342,16	2860,56	2481,6		578	4.190,21
	425670	178	3547,43	1838,82	1708,61			
Madame H.	425272	382	6701,71	3912,84	2788,87		551	4.724,98
	425670	169	4445,18	2509,07	1936,11			
Monsieur AQ.	425294	361	11161,99	2585,31	8576,68		523	14.336,24
	425692	162	7435,2	1675,64	5759,56			
Monsieur AU.	425272	301	5267,08	2780,52	2486,56		436	4.210,09
	425670	135	3543,51	1819,98	1723,53			
Madame F.	425294	198	6746,09	1835,45	4910,64		369	11.263,46
	425692	171	8663,21	2310,39	6352,82			
Madame AR.	425316	395	18436,61	3483	14066,88		1142	23679,95
	425714	176	12253,98	2229,6	9258,45			
	428035	395	245,34			245,34		
	428050	176	109,28			109,28		
Madame AV	425272	364	6391,84	3374,61	3017,23		525	5079,46
	425670	161	4239,59	2177,36	2062,23			
Total général			143.942,5	44.424,3	97.510,92	354,62	5.235	97.865,54

Prestation	Nb	Montant attesté(€)	Montant attestable (€)	Indu (€)
425272	1447	23702,79	12928,53	10774,26
425294	1329	41686,54	9928,38	31758,16
425316	395	18436,61	3483	14066,88
425670	643	15775,71	8345,23	7430,48
425692	674	31732,25	7509,56	24222,69
425714	176	12253,98	2229,6	9258,45
428035	395	245,34		245,34
428050	176	109,28		109,28
Total général	5235	143942,5	44424,3	97865,54

1.5. Grief 5 - prestations non conformes – non respect de la Convention

Du 09/04/2012 au 25/11/2018

Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer les documents réglementaires précités lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans la présente loi, dans ses arrêtés et règlements d'exécution, dans les conventions et accords conclus en vertu de cette même loi

A partir du 26/11/2018

Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer les documents réglementaires précités lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans la présente loi, dans ses arrêtés et règlements d'exécution, dans les conventions et accords conclus en vertu de cette même loi et/ou lorsque des prestations visées à l'article 34 ont été prescrites durant une période d'interdiction temporaire ou définitive d'exercice de la profession

Infraction visée à l'art. 73 bis 2° de la Loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 (LC).

En l'espèce il s'agit de 2 bénéficiaires au nom desquels des pseudocodes 428913 ont été portés en compte, ceci en violation des dispositions de l'art.4 §2 de la « Convention nationale entre les infirmières graduées ou assimilées, les accoucheuses, les infirmières brevetées, les hospitalières/assistantes en soins hospitaliers ou assimilées et les organismes assureurs ».

La période des prestations litigieuses s'étend du 01-09-2018 au 30-11-2018, elles ont été introduites auprès des OA pendant la période du 25-10-2018 au 08-01-2019.

1.5.1. Base légale et réglementaire du grief

CONVENTION NATIONALE ENTRE LES INFIRMIERES GRADUEES OU ASSIMILEES, LES ACCOUCHEUSES, LES INFIRMIERES BREVETEES, LES HOSPITALIERES/ASSISTANTES EN SOINS HOSPITALIERS OU ASSIMILEES ET LES ORGANISMES ASSUREURS

Art4.§2

Pour les prestations effectuées au domicile ou résidence du bénéficiaire situés dans les communes citées ci-après, il est accordé, en outre, pour chaque séance de soins un montant correspondant à 0,546 W (n° de code 418913) qui couvre forfaitairement tous les frais supplémentaires de déplacement des praticiens de l'art infirmier. Les communes visées à l'alinéa précédent sont les suivantes (ce sont celles situées dans les cantons électoraux visés dans le Moniteur belge du 17 mars 1984 et qui ont une densité de population inférieure ou égale à 120 habitants par km² sur la base des données de population de 1988) :

Ambève	Florennes	Mont-de-
Anhée	Florenville	l'Enclus
Anthisnes	Fourons	Musson
Baelen	Frasnes-lez-Anvaing	Nandrin
Bastogne (1)	Froidchapelle	Nassogne
Beaumont	Gedinne	Neufchâteau
Beauraing	Gouvy	Onhaye
Beauvechain	Habay	Orp-Jauche
Bertogne	Hamoir	Ouffet
Bertrix	Hamois	Paliseul
Bièvre	Hastière	Philippeville
Bouillon	Havelange	Ramillies
Bruglette	Hélocine	Rendeux
Bullange	Herbeumont	Rochefort
Burdinne	Héron	Rouvroy
Burg-Reuland	Heuvelland	Saint-Hubert
Butgenbach	Hotton	Saint-Léger
Celles	Houffalize	Sainte-Ode
Cerfontaine	Houyet	Saint-Vith
Chièvres	Incourt	Sivry-Rance
Chimay	Jalhay	Somme-Leuze
Chiny	Jodoigne (4)	Stavelot
Ciney (2)	Jurbise	Stoumont
Clavier	La Bruyère	Tellin
Couvin	La Roche-en-Ardenne	Tenneville
Daverdisse	Léglise	Tinlot
Dinant (3)	Lens	Tintigny
Doische	Libin	Trois-Pont
Durbuy	Libramont-Chevigny	Vaux-sur-Sûre
Eghezée	Lierneux	Vielsalm
Ellezelles	Limbourg	Viroinval
Engis	Malmedy (5)	Virton
Erezée	Manhay	Vleteren
Etalle	Marche-en-Famenne	Vresse-sur-
Fauvillers	Meix-devant-Virton	Semois
Fernelmont	Messines	Waimes
Ferrières	Modave	Wellin
Flobecq	Momignies	Yvoir

(1) (2) (3) (4) (5) = Sauf centre de l'entité. Sont donc reprises les anciennes communes de :

(1) Longvilly - Noville - Villers-la-Bonne-Eau – Wardin

(2) Achêne - Braibant - Chevetogne - Conneux - Leignon - Pessoux - Serinchamps – Sovet

(3) Falmagne - Falmignoul - Foy-Notre-Dame - Furfooz - Lisogne - Sorinnes – Thynes

(4) Dongelberg - Jauchelette - Lathuy - Mélin - Piétrain - St-Jean-Geest - St-Remy-Geest - Zetrud-Lumay

(5) Bellevaux-Ligneuville – Bevercé

1.5.2. Position du SECM

Au vue de la base légale reprise ci-avant, l'infraction est évidente.

1.5.3. Conclusion

Le grief concerne 2 assurés et 266 prestations pour la période de prestations attestées du 01-09-2018 au 31-03-2020, introduites auprès des organismes assureurs du 24-10-2018 au 30-04-2020, à concurrence d'un indu total de 500,08€.

Prestation	Nb	Indu (€)
418913	266	500,08

Soit 266 prestations litigieuses pour un indu de 500,08 €.

1.6. Indu récapitulatif par grief

Grief	Libellé	Nbre prestations	Indu €
1	Non effectué	5.516	47.983,52
2	Non conforme- toilette incomplète ou absente	3.509	65.634,69
3	Non conforme- dossier infirmier incomplet	600	15.262,72
4	Non conforme- surcotation échelle de Katz	5.235	97.865,54
5	Non conforme-convention nationale	266	500,08
Totaux		15.126	227.246,55

1.7. Tableau synoptique

2. Griefs	Références	Codes NPS	Nbre prestations	Nbre bénéficiaires	Indu €
Grief 1 : prestations non effectuées	Art.8	425014	1286	4	47.983,52 (total)
		425110	1290	4	
		425272	1103	5	
		425294	19	1	
		425412	657	4	
		425515	659	4	
		425670	502	5	
Grief 2 : prestations non conformes- Toilette incomplète	Art.8	425014	214	1	65.634,69 (total :63.028,06) (différentiel :2.606,63)
		425110	218	1	
		425272	1804	7	
		425294	346	1	
		425412	7	1	
		425515	7	1	
		425670	758	7	
Grief 3 : prestations non conformes- dossier infirmier incomplet	Art.8	425692	155	1	15.262,72 (total)
		425272	126	2	
		425294	63	1	
		425316	113	2	
		425670	56	2	
		425692	28	1	
		425714	51	2	
Grief 4 : prestations non conformes- surcotation échelles de Katz	Art.8	428035	112	2	97.865,54 (différentiel:97.510,92) (total:354,62)
		428050	51	2	
		425272	1447	4	
		425294	1329	4	
		425316	395	1	
		425670	643	4	
		425692	674	4	
Grief 5 : prestations non conformes- Convention Nationale (418913)	Convention nationale entre les infirmières graduees ou assimilees, les accoucheuses, les infirmières brevetees, les hospitalières/assistantes en soins hospitaliers ou assimilees et les organismes assureurs	418913	178	1	500,08
			88	1	
Période infractionnelle : du 01-09-2018 au 31-03-2020	Période d'introduction : du 24-10-2018 au 30-04-2020	Total	15.126	26	227.246,55
				remboursement	227.246,55
				Indu résiduel	0

Pour ces 5 griefs, l'indu total a été évalué à **227.246,55 euros**.

Madame A. a procédé au remboursement total de l'indu le 21/12/2021.

2 DISCUSSION

2.4. Quant au bien fondé des griefs

Madame A. ne conteste pas les griefs retenus à sa charge.

Elle fait cependant valoir ne pas avoir eu d'intention frauduleuse, avoir remboursé volontairement le montant indu, avoir réduit fortement ses activités et adapté son comportement pour se conformer à la réglementation.

Le Fonctionnaire dirigeant rappelle que les infractions reprochées figurent parmi les infractions réglementaires pour lesquelles l'élément moral se limite au fait d'agir librement et consciemment et ne porte absolument pas sur la bonne (ou mauvaise) foi du prestataire.

De surcroît, la bonne foi ne constitue nullement une cause de justification d'une infraction.

L'enquête a démontré que Mme A. avait mis en place un système pour contourner les obligations réglementaires qui s'imposent à elle et ainsi spolier les deniers de l'assurance obligatoire soins de santé.

En effet, de nombreuses collaboratrices de Mme A. ont dénoncé les instructions qui leur étaient données par Mme A. et son conjoint de ne pas faire de soins mais uniquement passer la carte d'identité d'un patient. Des prestations étaient ainsi attestées alors qu'aucun soin n'était effectué. Il leur était également enseigné comment truquer les dates de lecture des cartes d'identité des patients.

A titre d'exemple, on retiendra le témoignage de Mme Y. (PVA du 23-02-2021) :

« Il y avait des lectures de cartes sans devoir réaliser des soins selon les instructions qui m'étaient données par les 2 responsables. Je recevais une certaine pression de la part de mes responsables.(...) »

On devait retourner chez les gens et nous repassions la carte d'identité en plus du passage du jour chez des gens pour lesquels je n'avais pas forcément fait les soins (sans être certaine d'y être allée car il y avait des jours où je ne travaillais pas) en changeant l'heure et le jour du smartphone en fonction du passage à régulariser chez le patient. Si on ne le faisait pas, il nous disait « vous avez intérêt à passer les cartes sinon on vous le retire de votre salaire ». Il y en avait beaucoup de passages à régulariser.

(...)

Sur les listes, il y a des indications de soins qui ne correspondent pas à ce qu'on faisait sur le terrain par exemple, il était indiqué « pansement » alors qu'il n'y avait pas de pansement et nous devions y retourner uniquement pour passer la carte d'identité du patient, il y avait des personnes chez qui on ne faisait que ça.(passage de carte sans soins)(...) »

Ces manœuvres sont bien évidemment contraires à la bonne foi dont se prévaut Mme A.

Au vu des éléments du dossier, les griefs sont établis.

2.5. Quant à l'indu

Les cinq griefs reprochés au terme des procès-verbaux de constat du 20/12/2021 ont entraîné des débours indus dans le chef de l'assurance obligatoire soins de santé pour un montant de 227.246,55 euros.

Les griefs formulés à l'encontre de Madame A. étant fondés suivant l'analyse ci-dessus, il y a lieu d'ordonner qu'elle soit condamnée à rembourser la valeur des prestations indues s'élevant à 227.246,55 €.

Les remboursements de l'assurance soins de santé ayant été perçus par la SRL B., il doit être fait application de l'article 164, alinéa 2 de la loi SSI et en conséquence **la SRL B. doit être condamnée solidairement au remboursement de l'indu** (Loi SSI, art. 142, §1^{er}, 1° et 2° et art. 164, al. 2).

Le Fonctionnaire-dirigeant constate que **l'indu a été remboursé.**

2.6. Quant à l'amende

2.6.1. Quant au régime de l'amende administrative

En vertu de l'article 169 de la Loi SSI, la sanction applicable est celle visée à l'article 142, §1^{er}, 1° et 2° de la même loi, c'est-à-dire :

- pour les prestations non effectuées (griefs n°1 et 2), le remboursement de la valeur des prestations indument attestées à charge de l'assurance soins de santé et une amende administrative comprise entre 50% et 200% de la valeur des prestations concernées ;
- et, pour les prestations non conformes (grief n°3), le remboursement de la valeur des prestations indument 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.

2.6.2. Quant au quantum de l'amende administrative retenue

Le Service d'évaluation et de contrôle médicaux estime nécessaire de prononcer une amende administrative à charge de Madame A.

L'attestation de prestations non effectuées est l'infraction la plus grave qui puisse être constatée par le Service d'évaluation et de contrôle médicaux à l'encontre d'un dispensateur de soins car elle caractérise la rupture du lien de confiance entre l'INAMI, les organismes assureurs et le dispensateur de soins¹.

En attestant des prestations alors qu'elles n'avaient pas été réalisées, Madame A. a méconnu les obligations qui lui incombaient en sa qualité de dispensateur de soins et n'a pas fait preuve de professionnalisme. Les déclarations de ses collaborateurs ont démontré dans son chef un but de lucre, au détriment de l'assurance soins de santé.

Compte tenu du nombre de prestations non effectuées attestées par Madame A. (5.516 prestations pour 10 assurés), du montant de l'indu en cause (47.983,52 €), de la durée de la période infractionnelle (18 mois suivant les dates d'introduction à l'organisme

¹ C. arb. 30/10/2001, n°26/2002 ; C. arb. 30/01/2002, n°98/2002 ; C. arb. 12/03/2003, n°31/2003 ; C. const. 31/01/2019, n°15/2019

assureur), de l'absence d'antécédent connu dans le chef de ce dispensateur qui a cependant cherché à spolier les deniers de l'assurance soins de santé et donc de la collectivité, l'application d'une sanction élevée est justifiée.

Il est donc décidé de prononcer à l'encontre de Madame A. au titre du grief de prestations non effectuées une amende administrative de 150% du montant indu à rembourser (47.983,52 €) (Loi SSI 14/07/1994, art. 142, §1^{er}, 1^o), soit 71.975,28 euros.

Concernant **l'attestation de prestations non conformes**, les griefs 2, 3, 4 et 5 témoignent également du peu d'égard de Madame A. quant au respect de la législation : les échelles de Katz sont surévaluées, les toilettes ne sont pas complètes, le dossier infirmier ne sont pas tenus correctement, ...

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, puisque ces normes sont clairement et expressément énoncées dans la réglementation.

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, les dispensateurs de soins brisent ce rapport de confiance et mettent en péril l'équilibre des deniers publics.

Le Fonctionnaire-dirigeant constate cependant que Mme A. semble avoir adapté sa tenue des dossiers infirmiers. Il décide dès lors de ne pas lui infliger de sanction pour ce grief.

Dans ces conditions, au regard de ces éléments, mais aussi compte tenu de la clarté de la nomenclature, de son absence d'antécédent, du nombre important de prestations en cause (9.610 prestations), de la durée de la période infractionnelle (18 mois) et du montant très élevé de l'indu (179.263,03 euros), il est justifié de prononcer à l'encontre de Madame A., au titre des griefs de prestations non conformes à l'exception du grief 3, une amende administrative de 100 % du montant à rembourser (LC, 14/07/1994, art. 142, §1^{er}, 2^o) soit 164.000,31 euros (indu de 164.000,31 euros).

Toutefois, l'article 157, §1^{er} de la loi ASSI coordonnée le 14/07/1994 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.

Pour fixer le quantum de cette sanction, il convient cependant de tenir compte, non seulement des éléments rappelés ci-dessus, mais aussi, d'une part, de l'absence d'antécédents dans le chef de l'intéressée et du remboursement total de l'indu.

Cela justifie que la sanction soit assortie d'une mesure de sursis partiel, la sanction effective devant rappeler à l'intéressée l'importance de la faute commise, et celle avec sursis devant l'inciter à rectifier, pour l'avenir, sa pratique dans un sens conforme à la réglementation et aux exigences de son art.

Il est dès lors justifié de prononcer, dans le chef de Madame A. :

- au titre des griefs de prestations non effectuées, une amende administrative de 150 % du montant des prestations indument attestées à charge de l'assurance soins de santé (LC 14.07.1994, art. 142, §1^{er}, 1^o), soit 71.975,28 euros dont les deux tiers en amende effective (soit 47.983,52 euros) et un tiers en amende assortie d'un sursis d'une durée de 3 ans (soit 23.991,76 euros) ;
- et au titre du grief de prestations non conformes, une amende administrative de 100% du montant des prestations indument attestées à charge de l'assurance soins de santé et reprochées aux griefs 2, 4 et 5 (LC 14.07.1994, art. 142, §1^{er}, 2^o), soit 164.000,31 euros, dont 50% en amende effective (soit 82.000,15 euros) et 50 % en amende assortie d'un sursis d'une durée de 3 ans (82.000,15 euros).

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 SRL B. à rembourser la valeur des prestations indues s'élevant à 227.246,55 euros et constate que cette somme a déjà été remboursée ;
- Condamne Madame A. à payer une amende de 150% de la valeur des prestations non effectuées reprises au grief 1 (71.975,28 euros) dont un tiers assorti d'un sursis de 3 années, soit une sanction effective de 47.983,52 euros ;
- Condamne Madame A. à payer une amende de 100% de la valeur des prestations non conformes reprises aux griefs 2, 4 et 5 (164.000,31 euros) dont la moitié assortie d'un sursis de 3 années, soit une sanction effective de 82.000,15 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 2, §3, de la loi du 5 mai 1865 relative au prêt à intérêt, seront dus, de plein droit, à compter de l'expiration du délai précité.

Ainsi décidé à Bruxelles.

Le Fonctionnaire-dirigeant,