

Madame A.
Infirmière

Et

SPRL 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 (loi ASSI).

1 GRIEFS FORMULES

3 griefs ont été formulés concernant Madame A., suite à l'enquête menée par les inspecteurs du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI.

En résumé, il lui est reproché :

1.1. Grief n° 1 :

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

Ces faits relèvent des dispositions de l'article 142, § 1^{er}, 1° de la loi ASSI.

En l'espèce, il s'agit des cas de deux bénéficiaires au nom desquels ont été portés en compte à l'assurance obligatoire soins de santé des honoraires forfaitaires dont l'élément essentiel que constituent les soins d'hygiène était absent (indu : 878,90 €).

1.2. Grief n° 2 :

Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer des documents réglementaires visés dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans ladite loi, ses arrêtés d'exécution ou les conventions ou accords conclus en vertu de cette même loi, au sens de l'article 73bis 2°, en ce sens que les conditions prévues à l'article 8, § 5, 1° de la nomenclature des prestations de santé relatives au degré de dépendance physique requis pour pouvoir porter en compte les honoraires forfaitaires A visés à la rubrique II du § 1^{er}, 1° et 2° de l'article 8 de la nomenclature n'étaient pas remplies ce qui rendait ces derniers non attestables.

Ces faits relèvent des dispositions de l'article 142, § 1^{er}, 2° de la loi ASSI.

En l'espèce il s'agit du cas d'une bénéficiaire au nom de laquelle des honoraires forfaitaires ont été portés en compte sur base d'une surévaluation de certains items de l'échelle d'évaluation de la dépendance physique (indu : 397,34 €).

A noter que le degré de dépendance de cette bénéficiaire était tellement peu important qu'il n'ouvrait même pas le droit à l'attestation d'un quelconque soin d'hygiène.

1.2.1. Base légale du grief.

Le grief se base sur la conjonction des critères de dépendance physique des bénéficiaires 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 tels qu'ils figurent à l'art. 8, § 1^{er} de la nomenclature des prestations de santé (NPS) et qui exigent pour les forfaits A, une cotation de dépendance de 3 ou 4 pour les critères « se laver » et « s'habiller » ainsi que de 3 ou 4 pour les critères « transfert et déplacements » et/ou « aller à la toilette ».

« (...) **Art. 8, § 5**, Précisions relatives aux honoraires forfaitaires visés à la rubrique II du § 1^{er}, 1°, 2° (...)»

1° La dépendance physique visée à la rubrique II du § 1^{er}, 1°, 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. (...) »

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° 2006/3 sous références 1240/OMZ-CIRC/INF-06-3F datée du 01.06.2006 et d'application depuis le 1^{er} juillet 2006.

1.2.2. Fondement du grief.

Le grief se fonde sur les déclarations de la bénéficiaire, sur celles de 2 de ses filles, sur les déclarations de son médecin traitant ainsi que sur un relevé de fourniture de CLEXANE à son nom et l'évaluation de son degré de dépendance au sortir du service de revalidation dans lequel elle a été hospitalisée.

1.3. Grief n° 3.

Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer des documents réglementaires visés dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans ladite loi, ses arrêtés d'exécution ou les conventions ou accords conclus en vertu de cette même loi, au sens de l'article 73bis 2°, en ce sens que l'une des conditions d'attestabilité prévues à l'article 8, § 5bis, 5°, c) de la nomenclature n'était pas remplie pour pouvoir porter en compte des honoraires forfaitaires par journée de soins pour patient palliatif visés à la rubrique IV du § 1^{er}, 1° et 2° de l'article 8 de la nomenclature.

Ces faits relèvent des dispositions de l'article 142, § 1^{er}, 2^o de la loi ASSI.

En l'espèce il s'agit du cas d'une bénéficiaire au nom de laquelle des honoraires forfaitaires pour patient palliatif ont été portés en compte alors que les résultats des réunions de coordination ne sont pas mentionnés au dossier infirmier dans la mesure où ces réunions de coordination n'ont jamais eu lieu (indu : 6.297,76€).

1.3.1. Base légale du grief.

Le grief se fonde d'une part, sur les dispositions de l'article 3, 7^o de l'A.R. du 2 décembre 1999 déterminant l'intervention de l'assurance soins de santé obligatoire pour les médicaments, le matériel de soins et les auxiliaires pour les patients palliatifs à domicile visés à l'article 34, 14^o, de la loi ASSI et d'autre part, sur les dispositions de l'article 8, § 5bis, 5^o, c) de la NPS.

Elles prévoient que soit tenue une réunion interdisciplinaire hebdomadaire avec au moins le médecin traitant du patient et que les résultats de cette réunion de coordination soit présents au dossier infirmier.

« (...) **Art. 3. de l'A.R. du 2 décembre 1999** : Par « patient palliatif à domicile » dans le sens du présent arrêté il y a lieu d'entendre le patient :

- 1^o qui souffre d'une ou plusieurs affections irréversibles;
- 2^o dont l'évolution est défavorable, avec une détérioration sévère généralisée de sa situation physique/psychique;
- 3^o chez qui des interventions thérapeutiques et la thérapie revalidante n'influencent plus cette évolution défavorable;
- 4^o pour qui le pronostic de(s) l'affection(s) est mauvais et pour qui le décès est attendu dans un délai assez bref (espérance de vie de plus de 24 heures et de moins de trois mois);
- 5^o ayant des besoins physiques, psychiques, sociaux et spirituels importants nécessitant un engagement soutenu et long; le cas échéant, il est fait appel à des intervenants possédant une qualification spécifique et à des moyens techniques appropriés;
- 6^o ayant l'intention de mourir à domicile;
- 7^o et qui répond aux conditions mentionnées dans la formule annexée au présent arrêté. (...) »

« (...) **Annexe 1 à cet arrêté royal**

(...) La continuité des soins médicaux organisés par le médecin de famille, aussi durant les heures de garde et le week-end (remplacement éclairé) est assurée. Chaque semaine il doit y avoir une réunion interdisciplinaire avec au moins le médecin de famille. Un plan de soins formel et/ou un cahier de communication sont tenus à jour. Après le décès du patient, le médecin de famille garde ces documents dans le dossier du patient. (...) »

« (...) **Art 8, § 5bis de la NPS** : Précisions supplémentaires relatives aux honoraires visés aux rubriques IV et V du § 1er, 1^o et 2^o: (...) »

5° Les honoraires forfaitaires et supplémentaires visés aux rubriques IV et V du §1er, 1° et 2° ne peuvent être attestés qu'à condition que le praticien de l'art infirmier :

- a) garantisse la prise en charge permanente du patient (24 heures sur 24, 7 jours sur 7);
- b) puisse faire appel à un praticien de l'art infirmier de référence avec connaissance en matière de soins palliatifs;
- c) complète le dossier infirmier visé au § 4, 2° en particulier par les informations suivantes:
 - enregistrement des symptômes;
 - échelle de douleur;
 - contacts avec la famille du patient;
 - résultats des réunions de coordination. (...) »

1.3.2. Fondement du grief.

Le grief se fonde sur les déclarations des bénéficiaires, de leurs proches et de leur médecin traitant.

Elles démontrent que les réunions de coordination dont question à l'annexe 1 de l'AR du 02.12.1999 et à l'article 8, § 5bis, 5°, c) de la NPS n'ont jamais eu lieu.

Pour ces 3 griefs, l'indu total a été évalué à **7.574,00 €**.

La SPRL B. a procédé au remboursement total de l'indu le 03/01/2012.

2 DISCUSSION

2.1 Quant au fondement des griefs

Ni Madame A. ni la SPRL B. n'ont fait parvenir au S.E.C.M. de moyens de défense en réponse à la note de synthèse envoyée le 19 mars 2011.

On peut donc en déduire que les faits reprochés ne sont pas contestés.

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

2.2 Quant à l'indu

Les griefs ont entraîné des débours indus dans le chef de l'assurance obligatoire soins de santé.

Cet indu s'élève à 7.574,00 euros.

Madame A. et la SPRL B. n'ont pas contesté le fondement des manquements énoncés par le SECM, ni l'existence d'un indu ou le montant de celui-ci qui a été calculé au cours de l'enquête. Le montant de l'indu tel que calculé par le SECM doit donc être déclaré fondé.

Il y a lieu d'ordonner le remboursement de l'indu, en application de l'article 142, §1er, 2°, de la loi précitée, soit la somme de : **7.574,00 €** euros.

Vu l'article 164, alinéa 2 de la loi ASSI et compte tenu du fait que les remboursements ont été perçus par la SPRL B., celle-ci doit être condamnée solidairement avec Madame A. au remboursement de l'indu.

Le fonctionnaire dirigeant constate que cet indu a été remboursé par la SPRL B. le 3/1/2012.

2.3 Quant à la sanction administrative

Le premier grief concerne des prestations non effectuées. C'est le grief le plus grave qui puisse être reproché à un dispensateur de soins. Par son comportement, Madame A. a méconnu les obligations qui s'imposaient à elle en sa qualité de dispensateur de soins et a, du même coup, porté atteinte à la confiance que les autorités et la société doivent pouvoir placer dans les dispensateurs de soins et leur professionnalisme.

Quant aux second et troisième griefs, ils illustrent une fois de plus le peu d'égards pour les dispositions réglementaires dont fait preuve Madame A. dans l'exercice de sa pratique.

Le Service estime donc que deux amendes doivent être infligées à Madame A. afin de lui rappeler les obligations qui s'imposent à elle en tant que collaboratrice de l'assurance obligatoire relative à l'assurance soins de santé et indemnités.

Pour les prestations non effectuées, la sanction applicable, en vertu de l'article 142 § 1^{er}, 1^o, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, peut correspondre à un pourcentage oscillant entre 50% et 200 % du montant de l'indu.

Pour les prestations non-conformes, la sanction applicable, en vertu de l'article 142 § 1^{er}, 2^o, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, peut correspondre à un pourcentage oscillant entre 5% et 150 % du montant de l'indu.

Pour fixer le quantum de la sanction, on tiendra compte des éléments suivants :

- Madame A. a des antécédents auprès du Service d'évaluation et de contrôle médicaux. En effet, 2 enquêtes ont conduit au constat de prestations indues dans son chef à concurrence respectivement de 10.670,70 € et 6.122,85 € (v. note de synthèse p.3).
- Le premier grief concerne des prestations non effectuées, soit un manquement très grave,
- Madame A. a remboursé l'intégralité de l'indu qu'elle avait généré.

Eu égard aux éléments décrits ci-dessus, il est justifié de prononcer une amende administrative s'élevant à 100% de la valeur des prestations non effectuées, soit la somme de 878,90 € et une amende fixée à 100% de la valeur des prestations non conformes, soit la somme de 6.695,10 €.

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 SPRL B. à rembourser la valeur des prestations indues s'élevant à **7.574,00 €** ;
- Constate que ce remboursement a déjà été effectué le 3/1/2012 ;
- Inflige à Madame A. une amende fixée à 100% de la valeur des prestations non effectuées, soit la somme de 878,90 € ;
- Inflige à Madame A. une amende fixée à 100% de la valeur des prestations non conformes, soit la somme de 6.695,10 €.

Ainsi décidé à Bruxelles, le 25 septembre 2012

Le Fonctionnaire – dirigeant,
Dr Bernard HEPP
Médecin-directeur général