

DECISION DU FONCTIONNAIRE-DIRIGEANT DU 18 SEPTEMBRE 2018
BRS/F/18-014

Concerne : **Madame A .**

Infirmière brevetée hospitalière

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

1 GRIEFS FORMULES

Trois griefs ont été formulés 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 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.

Infraction visée à l'art 73 bis, 1° de la LC.

En l'espèce, il s'agit de 2 cas de bénéficiaires au nom desquels des prestations de bases et des prestations techniques visées à l'article 8 de la Nomenclature des prestations de santé (NPS) ont été portées en compte alors que les prestations n'ont pas été effectuées.

1.1.1 Base réglementaire du grief (à l'époque de l'infraction)

La base légale s'appuie sur le principe général qui veut que les prestations ne soient remboursables par l'Assurance soins de santé et indemnités (**ASSI**) que pour autant qu'elles aient été dûment effectuées au bénéfice du bénéficiaire.

C'est d'ailleurs la raison pour laquelle une ASD est établie et signée par le dispensateur de soins, selon la procédure définie à l'art. 53, alinéa 1^{er} de la LC qui dispose :

« (...) Les dispensateurs de soins dont les prestations donnent lieu à une intervention de l'assurance sont tenus de remettre aux bénéficiaires ou, dans le cadre du régime du tiers payant, aux organismes assureurs, une attestation de soins ou de fournitures ou un document équivalent dont le modèle est arrêté par le Comité de l'assurance, où figure la mention des prestations effectuées; pour les prestations reprises à la nomenclature visée à l'article 35, § 1er, cette mention est indiquée par le numéro d'ordre à ladite nomenclature, (...). »

1.1.2 Prestations en cause

| Prestation | Libellé | Lettre-clé et coefficient |
|------------|--|---------------------------|
| 418913 | Frais de déplacement des praticiens de l'art infirmier pour les bénéficiaires résidant dans l'un des cantons | W 0,546 |
| 425014 | Première prestation de base de la journée de soins en semaine | W 0,879 |
| 425036 | Deuxième prestation de base de la journée de soins en semaine | W 0,879 |
| 425110 | Soins d'hygiène (toilettes) en semaine | W 1,167 |
| 424351 | Soins de plaies complexes en semaine | W 1,759 |
| 423076 | Administration de médicaments IM en semaine | W 0,484 |
| 425412 | Première prestation de base de la journée de soins le weekend ou un jour férié | W 1,206 |
| 425434 | Deuxième prestation de base de la journée de soins le weekend ou un jour férié | W 1,206 |
| 425515 | Soins d'hygiène (toilettes) le weekend ou un jour férié | W 1,754 |
| 424513 | Soins de plaies complexes le weekend ou un jour férié | W 2,562 |
| 423275 | Administration de médicaments IM le weekend ou un jour férié | W 0,730 |

1.1.3 Argumentation

Le grief est fondé sur :

les auditions de bénéficiaires ou de tiers ;
l'audition de madame A.

Les dossiers infirmiers n'ont pas pu être produits.

1.1.4 Conclusion

L'infraction a été constatée dans 2 cas de bénéficiaires pour la période de prestations du 27/11/2014 au 31/05/2015 (dates d'introduction aux OA du 08/01/2015 au 17/06/2015).

Le grief est formulé pour 740 prestations (cf. tableau ci-dessous), à concurrence d'un indu total de **2.764,02 €**.

| Nombre | N° code de prestation | Lettre-clé et coefficient | Libellé | Date d'entrée en vigueur |
|------------|-----------------------|---------------------------|--|--------------------------|
| 229 | 418913 | W,546 | Frais de déplacement des praticiens de l'art infirmier et des accoucheuses : praticiens de l'art infirmier | 01-02-2013 |
| 20 | 423076 | W,484 | Administration de médicaments par voie intramusculaire, sous-cutanée ou hypodermique | 01-07-2003 |
| 12 | 423275 | W,73 | Administration de médicaments par voie intramusculaire, sous-cutanée ou hypodermique | 01-07-2003 |
| 26 | 424351 | W1,759 | Soins de plaie(s) complexes | 01-07-2003 |
| 12 | 424513 | W2,562 | Soins de plaie(s) complexes | 01-07-2003 |
| 140 | 425014 | W,879 | Première prestation de base de la journée de soins | 01-06-1997 |
| 13 | 425036 | W0,879 | Deuxième prestation de base de la journée de soins | 01-06-1997 |
| 140 | 425110 | W1,167 | Soins d'hygiène (toilettes) | 01-06-1997 |
| 71 | 425412 | W1,206 | Première prestation de base de la journée de soins | 01-06-1997 |
| 6 | 425434 | W1,206 | Deuxième prestation de base de la journée de soins | 01-06-1997 |
| 71 | 425515 | W1,754 | Soins d'hygiène (toilettes) | 01-06-1997 |
| 740 | | | | |

Soit par bénéficiaire :

| Bénéficiaire | Montant |
|--------------|------------|
| B. | 797,49 € |
| C. | 1.966,53 € |
| Total | 2.764,02 € |

1.2 Grief 2

Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer des documents réglementaires permettant le remboursement des prestations de santé lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, dans ses arrêtés et règlements d'exécution, dans les conventions et accords conclus en vertu de cette même loi.

Infraction visée à l'art. 73 bis, 2° de la LC.

En l'espèce, il s'agit de 2 cas de bénéficiaires chez qui des surscorages d'échelles d'évaluation, dites aussi *échelles de Katz*, ont été constatés.

1.2.1 Base réglementaire du grief (à l'époque de l'infraction)

1.2.1.1 NPS

Article 8

"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. 13.10.2004" (en vigueur 1.1.2005) + "A.R. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014)

"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.R. 13.10.2004" (en vigueur 1.1.2005)

"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."

"A.R. 13.10.2004" (en vigueur 1.1.2005) + Erratum M.B. 17.11.2004

"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."

"A.R. 25.10.2006" (en vigueur 1.1.2007)

"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"

"A.R. 13.10.2004" (en vigueur 1.1.2005)

"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."

1.2.1.2 Circulaires du SSS aux praticiens de l'art infirmier

1.2.1.2.1 Circulaire n° 2011/01 – Références 1240/OMZ-CIRC/INF-11-1-f

Cette circulaire comporte en son annexe 2 des directives pour l'utilisation de l'échelle d'évaluation, énoncées ci-dessous :

Art. 151 de l'A.R. du 3/07/1996 (maisons de repos pour personnes âgées, maisons de repos et de soins et les centres de soins de jour)

Art. 8 de l'annexe à l'A.R. du 14/09/1984 (nomenclature des praticiens de l'art infirmier)

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 décemment.

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 nyctémère, 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,...).

"A.R. 8.7.1997" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 18.7.2002" (en vigueur 1.10.2002) + "A.R. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014)

§ 6. Précisions relatives aux toilettes (prestations 425110, 425515, 425913 et 427755) :

(...)

"A.R. 8.7.1997" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 18.7.2002" (en vigueur 1.10.2002) + "A.R. 13.10.2004" (en vigueur 1.1.2005) + "A.R. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014)

3° Dans le chef des bénéficiaires qui obtiennent des scores de minimum 2 au critère « se laver » de l'échelle d'évaluation mentionnée au § 5, 1° :

- un maximum de deux toilettes (425110, 425913 ou 427755) par semaine peuvent être attestées;
- aucune toilette 425515 ne peut être attestée."

"A.R. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003) + "A.R. 13.10.2004" (en vigueur 1.1.2005) + "A.R. 25.10.2006" (en vigueur 1.1.2007)

4° Pour les bénéficiaires:

(...)

- qui obtiennent des scores de minimum 2 pour les critères "se laver et s'habiller" de l'échelle d'évaluation concernée et peuvent être considérés, sur base d'un certificat médical établi par le médecin traitant, conformément au modèle fixé par le Comité de l'assurance soins de santé sur proposition de la Commission de convention, comme des personnes désorientées dans le temps et l'espace, il peut être attesté une toilette par jour;

(...)

1.2.2 Prestations en cause

| Prestation | Libellé | Lettre-clé et coefficient |
|------------|--|---------------------------|
| 418913 | Frais de déplacement des praticiens de l'art infirmier pour les bénéficiaires résidant dans l'un des cantons | W 0,546 |
| 425272 | Semaine 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 |
| 425670 | Weekend ou jour férié 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 |
| 425294 | Semaine 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 |
| 425692 | Weekend ou jour férié 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 Argumentation

Le grief est fondé sur les déclarations des bénéficiaires, sur l'évaluation par l'infirmière conseil de l'OA, sur l'évaluation au décours de l'audition des assurés du degré de dépendance physique tel qu'il existait au moment des faits litigieux.

1.2.4 Conclusion

L'infraction a été constatée dans 2 cas de bénéficiaires, pour la période de prestations du 12/11/2014 au 30/04/2014 et d'introduction à l'OA du 31/12/2014 au 31/05/2015.

Le grief est formulé pour 355 prestations (cf. tableau ci-dessous), à concurrence d'un indu total de 5.064,24 €.

| Nombre | N° code de prestation | Lettre-clé et coefficient | Libellé | Date d'entrée en vigueur |
|--------|-----------------------|---------------------------|---|--------------------------|
| 77 | 418913 | W,546 | Frais de déplacement des praticiens de l'art infirmier et des accoucheuses : praticiens de l'art infirmier | 01-02-2013 |
| 73 | 425272 | W3,825 | 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 | 01-01-2005 |

...

| | | | | |
|------------|--------|---------|---|------------|
| | | | 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) | |
| 35 | 425670 | W5,71 | 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) | 01-01-2005 |
| 119 | 425294 | W7,371 | 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) | 01-01-2005 |
| 51 | 425692 | W10,944 | 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) | 01-01-2005 |
| 355 | | | | |

Soit par bénéficiaire :

| Bénéficiaire | Montant |
|--------------|------------|
| D. | 1.981,29 € |
| E. | 3.082,95 € |
| Total | 5.064,24 € |

1.3 **Grief 3**

Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer des documents réglementaires permettant le remboursement des prestations de santé lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, dans ses arrêtés et règlements d'exécution, dans les conventions et accords conclus en vertu de cette même loi.

Infraction visée à l'art. 73 bis 2° de la loi SSI coordonnée le 14 juillet 1994.

En l'occurrence, il s'agit d'1 cas de bénéficiaires chez qui des soins de plaie complexe ont été attestés alors que la prescription médicale est incomplète.

1.3.1 **Remarque préalable**

Dans le PVC n° E/..., ce 3^e grief avait été regroupé avec le 2^e grief de cette note de synthèse en un seul grief de non-conformité. Cependant, les bases légales étant différentes, ces 2 griefs ont été séparés ici pour plus de clarté.

1.3.2 **Base réglementaire du grief (à l'époque de l'infraction)**

1.3.2.1 **NPS**

Art. 8

§ 1er.

"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.

I. Séance de soins infirmiers.

(...)

B. Prestations techniques de soins infirmiers.

(...)

"A.R. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003) + "A.R. 3.8.2007" (en vigueur 1.10.2007) + "A.R. 29.4.2009" (en vigueur 1.7.2009)

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

(...)

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.

(...)

B. Prestations techniques de soins infirmiers."

(...)

"A.R. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003) + "A.R. 3.8.2007" (en vigueur 1.10.2007) + "A.R. 29.4.2009" (en vigueur 1.7.2009)

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

"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997)

"§ 2. Précisions relatives à la prescription :

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

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

"- les prestations techniques de soins infirmiers visées à la rubrique I, B du § 1er, 1°, 2°, 3°, 3°bis et 4°, à l'exception des prestations 425110, 425515, 425913, 427755, 424395, 424690, 427991, 424852 et 424874. Les prestations 424255, 424410, 424550, 427836 et 424712 ne doivent pas être prescrites, mais ne sont attestables que durant la période pendant laquelle les soins de plaie par pansement bioactif ont été prescrits.

(...)

"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 3.8.2007" (en vigueur 1.10.2007)

"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.

(...)

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

"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 :

"A.R. 27.3.2012" (en vigueur 1.6.2012)

"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."

1.3.3 Prestations en cause

| Prestation | Libellé | Lettre-clé et coefficient |
|------------|--|---------------------------|
| 418913 | Frais de déplacement des praticiens de l'art infirmier pour les bénéficiaires résidant dans l'un des cantons | W 0,546 |
| 425014 | Première prestation de base de la journée de soins en semaine | W 0,879 |
| 424351 | Soins de plaies complexes en semaine | W 1,759 |
| 425412 | Première prestation de base de la journée de soins le weekend ou un jour férié | W 1,206 |
| 424513 | Soins de plaies complexes le weekend ou un jour férié | W 2,562 |

1.3.4 Argumentation

Le grief est fondé sur :

- l'audition d'une bénéficiaire ;
- la prescription de soins infirmiers du Dr F. ;
- l'audition de madame A.

Le dossier infirmier n'a pas pu être produit.

1.3.5 Conclusion

L'infraction a été constatée dans 1 cas de bénéficiaire, pour la période de prestations du 28/06/2014 au 12/07/2014 et d'introduction aux OA du 31/07/2014 au 30/09/2014.

Le grief est formulé pour 30 prestations (cf. tableau ci-dessous), à concurrence d'un indu total de 130,69 €.

| Nombre | N° code de prestation | Lettre-clé et coefficient | Libellé | Date d'entrée en vigueur |
|-----------|-----------------------|---------------------------|--|--------------------------|
| 9 | 418913 | W,546 | Frais de déplacement des praticiens de l'art infirmier et des accoucheuses : praticiens de l'art infirmier | 01-02-2013 |
| 7 | 424351 | W1,759 | Soins de plaie(s) complexes | 01-07-2003 |
| 5 | 424513 | W2,562 | Soins de plaie(s) complexes | 01-07-2003 |
| 6 | 425014 | W,879 | Première prestation de base de la journée de soins | 01-06-1997 |
| 3 | 425412 | W1,206 | Première prestation de base de la journée de soins | 01-06-1997 |
| 30 | | | | |

1.4 Tableau synoptique

| Griefs | Références | Codes NPS | Dates de prestations | | Dates d'intro à l'OA | | Nbre de prestations | | Nbre de bénéficiaires | Indu | RV |
|---|----------------------|-----------|----------------------|------------|----------------------|------------|---------------------|-----|---------------------------|--|------------|
| | | | du | au | du | au | | | | | |
| Grief 1 : prestations non effectuées | Art. 8 § 1 de la NPS | 418913 | 27/11/2014 | 31/05/2015 | 08/01/2015 | 17/06/2015 | 229 | 740 | 2 | 2.764,02 € (total) ⁽¹⁾ | 1.496,60 € |
| | | 423076 | 27/11/2014 | 31/05/2015 | 08/01/2015 | 17/06/2015 | 20 | | | | |
| | | 423275 | 27/11/2014 | 31/05/2015 | 08/01/2015 | 17/06/2015 | 12 | | | | |
| | | 424351 | 27/11/2014 | 31/05/2015 | 08/01/2015 | 17/06/2015 | 26 | | | | |
| | | 424513 | 27/11/2014 | 31/05/2015 | 08/01/2015 | 17/06/2015 | 12 | | | | |
| | | 425014 | 27/11/2014 | 31/05/2015 | 08/01/2015 | 17/06/2015 | 140 | | | | |
| | | 425036 | 27/11/2014 | 31/05/2015 | 08/01/2015 | 17/06/2015 | 13 | | | | |
| | | 425110 | 27/11/2014 | 31/05/2015 | 08/01/2015 | 17/06/2015 | 140 | | | | |
| | | 425412 | 27/11/2014 | 31/05/2015 | 08/01/2015 | 17/06/2015 | 71 | | | | |
| | | 425434 | 27/11/2014 | 31/05/2015 | 08/01/2015 | 17/06/2015 | 6 | | | | |
| | | 425515 | 27/11/2014 | 31/05/2015 | 08/01/2015 | 17/06/2015 | 71 | | | | |
| Grief 2 : surscorage d'échelles de Katz | Art. 8 § 5 de la NPS | 418913 | 12/11/2014 | 30/04/2014 | 31/12/2014 | 31/05/2015 | 77 | 355 | 2 | 5.064,24 ⁽²⁾ € (différentiel) | 2.742,07 € |
| | | 425272 | 12/11/2014 | 30/04/2014 | 31/12/2014 | 31/05/2015 | 73 | | | | |
| | | 425670 | 12/11/2014 | 30/04/2014 | 31/12/2014 | 31/05/2015 | 35 | | | | |
| | | 425294 | 12/11/2014 | 30/04/2014 | 31/12/2014 | 31/05/2015 | 119 | | | | |
| | | 425692 | 12/11/2014 | 30/04/2014 | 31/12/2014 | 31/05/2015 | 51 | | | | |
| Grief 3 : soins de plaie complexe avec prescription médicale incomplète | Art. 8 § 2 de la NPS | 418913 | 28/06/2014 | 12/07/2014 | 31/07/2014 | 30/09/2014 | 9 | 30 | 1 | 1.301,69 € (total) | 70,76 € |
| | | 424351 | 28/06/2014 | 12/07/2014 | 31/07/2014 | 30/09/2014 | 7 | | | | |
| | | 424513 | 28/06/2014 | 12/07/2014 | 31/07/2014 | 30/09/2014 | 5 | | | | |
| | | 425014 | 28/06/2014 | 12/07/2014 | 31/07/2014 | 30/09/2014 | 6 | | | | |
| | | 425412 | 28/06/2014 | 12/07/2014 | 31/07/2014 | 30/09/2014 | 3 | | | | |
| TOTAL | | | 28/06/2014 | 31/05/2015 | 31/07/2014 | 17/06/2015 | 1.134 | 5 | 7.958,95 ⁽³⁾ € | 4.309,43 € | |
| Indu résiduel | | | | | | | | | | 3.649,52 € | |

(1) Et non « 2902,81 € » comme dans le PVC n° E/...

(2) Et non « 5.275,93 € » comme dans l'addition des 2 premiers cas du grief 2 dans le PVC n° E/...

(3) Et non « 8309,43 € » comme dans le PVC n° E/...

Pour ces griefs, l'indu total a été évalué à 7.958,95 euros

Madame A. a procédé au remboursement total de l'indu le 15/06/2018.

2 DISCUSSION

2.1 QUANT AU FONDEMENT DES GRIEFS

Madame A. n'a pas contesté les griefs lors de l'enquête et elle n'a pas communiqué de moyens de défense.

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

2.2 QUANT A L'INDU

Les griefs ont entraîné des débours indus dans le chef de l'assurance obligatoire soins de santé pour un montant de 7.958,95 euros.

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

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

Il y a lieu d'ordonner que Madame A. procède au remboursement de l'indu, en application de l'article 142, §1^{er}, 1° et 2° de la loi SSI, soit la somme de 3.491,52 euros.

Le fonctionnaire-dirigeant constate que celle-ci a déjà procédé au remboursement total de l'indu en date du 15 juin 2018.

2.3 QUANT À L'AMENDE

2.3.1 Quant au régime juridique de l'amende administrative

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

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

2.3.2 En l'espèce

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

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

- Le premier grief concerne des prestations non effectuées. C'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.

Compte tenu de l'expérience de Madame A. (diplômée en ...) et de la gravité des faits, il convient donc de prononcer une amende administrative à sa charge, au titre des prestations non effectuées, qui soit portée à un montant élevé.

Dans ces conditions, le fonctionnaire-dirigeant inflige à Madame A., au titre du grief de prestations non effectuées, une amende administrative de 150% du montant de la valeur des prestations à rembourser, soit 4.146,03 euros;

- Concernant les 2° et 3° griefs, il s'agit de prestations non conformes.

Le législateur a encadré de manière très précise les possibilités d'attester des soins infirmiers.

Les règles de la Nomenclature des prestations de santé sont de stricte interprétation et doivent être appliquées rigoureusement car les dispensateurs de soins collaborent à un service public, ce qui repose sur un rapport de confiance notamment entre l'INAMI, les organismes assureurs et les dispensateurs de soins.

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

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

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

Cependant, compte tenu du montant limité des prestations indûment portées en compte, le fonctionnaire-dirigeant estime qu'est justifiée une amende de 100% du montant de la valeur des prestations à rembourser, soit 5.194,93 euros.

Par ailleurs, l'article 157, §1^{er} prévoit que le fonctionnaire-dirigeant peut décider "*qu'il sera sursis en tout ou en partie, à l'exécution des décisions infligeant les amendes visées à l'article 142*".

Compte tenu de l'absence d'antécédents de Mme A., du remboursement de l'indu, le fonctionnaire-dirigeant décide d'octroyer un sursis de 3 ans pour :

- Un tiers de l'amende pour les prestations reprochées au 1^{er} grief, soit pour la somme de 1.382,01 euros.
- La totalité de l'amende pour les prestations reprochées au 2^e grief, soit la somme de 5.194,93 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 Madame A. à rembourser la valeur des prestations indues s'élevant à 7.958,95 euros
- Constate que ce montant a déjà été remboursé en date du 15 juin 2018 ;
- Condamne Madame A. à payer une amende de 150%. de la valeur des prestations reprochées au 1^{er} grief (4.146,03 euros), assortie d'un sursis de 3 années pour 50%, soit une amende effective de 2.764,02 euros et une amende de 1.382,01 euros assortie d'un sursis de trois années ;
- Condamne Madame A. à payer une amende de 100 % de la valeur des prestations reprochées aux 2^e et 3^e griefs (5.194,93 euros) assortie d'un sursis total de trois années ;
- 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 18/09/2018

Le Fonctionnaire – dirigeant f.f.,

Dr Philip Tavernier
Médecin-directeur général f.f.