

DECISION DU FONCTIONNAIRE-DIRIGEANT DU 17 JUILLET 2023
BRS/F/23-011

Concerne : **Madame A.**
Infirmière

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 au terme des procès verbaux de constat des 22 et 30 avril 2021 (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 n°1 : Prestations non-effectuées

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 73bis, 1° de la loi SSI coordonnée le 14 juillet 1994.

En l'espèce, il s'agit de deux assurées aux noms desquelles, des prestations non effectuées reprises à l'article 8, § 1er de la nomenclature des prestations de santé (NPS) ont été portées en compte à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Les prestations non-effectuées précitées sont datées du 01/04/2018 au 09/07/2018 et ont été introduites pour remboursement par Mme A. auprès des organismes assureurs sur la période **du 09/05/2018 au 25/10/2018 via son numéro INAMI tiers-payant individuel ...** ou ... pour les assurées suivantes:

- Madame B., NISS: Les prestations de soins infirmiers datées du 01/04/2018 au 19/06/2018 (introduites du 09/5/2018 au 31/08/2018) ont été retenues à grief,
- Madame C., NISS: Les prestations de soins infirmiers datées du 01/04/2018 au 09/07/2018 (introduites du 09/5/2018 au 25/10/2018) ont été retenues à grief.

1.1.1 Base légale et/ou réglementaire du grief (à l'époque de l'infraction)

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

C'est d'ailleurs la raison pour laquelle, selon la procédure définie à l'art. 53, § 1^{er}, alinéa 1 et 2 de **la loi SSI coordonnée le 14 juillet 1994** qui est reprise ci-après, le dispensateur de soins qui effectue sa facturation de manière électronique doit respecter les règles en la matière (cf p. 10 à 13 de la note de synthèse jointe à la demande de moyens de défense, relativement au détail des textes légaux et réglementaires).

1.1.2 Argumentation

1.1.2.1 Cas de l'assurée Madame B., NISS : ...

Le grief non-effectué se fonde sur les éléments matériels suivants:

1.2.1.1 1er élément matériel : le questionnaire daté et signé le 05/02/2021 en tant que déclaration sur l'honneur par l'assurée Madame B. concernant les soins infirmiers qu'elle a reçus à domicile, à savoir que : (Numéro Record edos : ...)

- L'assurée Madame B. a déclaré sur l'honneur dans son questionnaire signé que le **mois de mai 2017 était le mois de son intervention chirurgicale** (opération genou : ligament croisé antérieur) qui a justifié des soins infirmiers, et que **ses soins se sont terminés début 2018**, alors que Mme A. a continué à facturer des soins (toilettes, pansements simples et injections) bien après le début de l'année 2018. Le procès-verbal de constat a retenu à grief les soins datés du **01/04/2018 au 19/06/2018**, compte tenu du délai prévu à l'article 142, §2, al. 2 de la loi SSI.

A noter que Mme A. n'a plus facturé de toilette après le 09/06/2018 mais uniquement un soin de plaie quotidien jusqu'au 17/06/2018 et uniquement une injection les 18 et 19 juin 2018.

1.2.1.2 2ème élément matériel: les scores des échelles de dépendance (échelles de Katz) envoyées à la mutualité 317, pour l'assurée Madame B., (Numéro Record edos : ...)

- On peut constater que les scores étaient de « 4 » pour le critère « se laver » et de « 4 » pour le critère « s'habiller » et de « 1 » pour tous les autres critères de dépendance.

Ces scores de « 4 » notifiés à la mutualité sont restés inchangés **sur l'entièreté de la période du 15/05/2017 au 09/06/2018 (date de fin de facturation des toilettes).**

- D'après les Directives, le score de « 4 » pour le critère se laver correspond à un patient qui 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. Or, l'assurée Madame B. **a repris une activité professionnelle à partir du 13/01/2018.** Mme Madame B. n'aurait jamais pu avoir une activité professionnelle si sa situation de dépendance pour se laver et s'habiller correspondait réellement au score de « 4 » explicité ci-dessus et cela sans aucune amélioration durant toute une année.

1.2.1.3 3ème élément matériel : le RIP c'est-à-dire, le fichier électronique du personnel de l'employeur de l'assurée Madame B., : (Numéro Record edos : ...)

- le RIP montre que Madame B. **a bien repris une activité professionnelle à partir du 13/01/2018.**

1.2.1.4 4ème élément matériel : les données de facturation authentifiées pour l'assurée Madame B., (Numéro Record edos ...)

- D'après la base de données authentifiées demandées le 05/03/2021 et qui ont été reçues de l'organisme assureur de l'assurée Madame B., ses séances de kinésithérapie au cabinet du kinésithérapeute se sont terminées le 20/12/2017.

- Du 17/10/2017 au 03/01/2019, l'assurée Madame B. a consulté à plusieurs reprises à son cabinet (code nomenclature 101076), son médecin traitant le docteur D. **qu'elle a bien identifié comme étant son médecin traitant dans son questionnaire signé sur l'honneur.** Le docteur D. n'est jamais venu à son domicile dans cet intervalle de temps car l'assurée Madame B. s'est toujours déplacée jusqu'à son cabinet de consultation.

Par contre, dans ce même intervalle de temps, du 17/10/2017 au 03/01/2019, l'assurée Madame B., toujours d'après les données de facturation authentifiées, **n'a jamais consulté le docteur E. n° INAMI ...** que Mme A. a mentionné dans MYCARENET comme étant le médecin

prescripteur, lors de sa facturation des soins de plaie simple, (codes nomenclature 425336 et 424491) datés du 01/04/2018 au 17/06/2018 et pour les deux injections facturées datées des lundi 18 et mardi 19/06/2018.

1.2.1.5 Position et justification du dispensateur de soins pour le cas de l'assurée Madame B., NISS : ..., O.A.

...

Mme A. a commencé par contester le grief de prestations non-effectuées déclarant que tous les soins avaient été faits chez cette patiente qui a reçu des injections de Clexane, des pansements au niveau du genou et des toilettes suite à une intervention chirurgicale au genou.

Il a été dit à Mme A. que, d'après le flux e-Id, on voit qu'elle n'a pas lu la puce de la carte d'identité de l'assurée Madame B., alors que cela était prévu règlementairement mais **qu'elle a lu un code-barres pour 94 pourcents des soins facturés pour cette assurée.**

Voici l'extrait du procès-verbal d'audition de Mme A. (A) du 27/05/2021 (Numéro Record edos : ...) :

A. : « Je conteste le grief car tous les soins ont été effectués chez cette dame. Il s'agissait d'injections de Clexane et peut-être d'anti-inflammatoires, de pansements au niveau du genou, et des toilettes complètes.

Cette personne a fait une chute suite à laquelle elle a été opérée. Après la toilette complète, je lui faisais son dos et ses pieds car elle ne pouvait pas prendre appui sur ses jambes.

Vous me signalez que la maman de la patiente qui s'appelle Madame F. est aide-soignante et qu'elle est en mesure de dispenser certains soins d'hygiène aux membres de sa famille. Mme F. a été salariée par ma société G.

Je maintiens que j'ai effectivement dispensé des soins infirmiers à Mme B. mais c'est possible que quand j'arrivais, Mme F. avait déjà effectué la toilette de Mme B. d'autant plus que le domicile de la patiente était assez éloigné de ma tournée habituelle.

X. : On peut voir dans les données de lecture de carte d'identité que vous n'avez pas lu la puce de la carte d'identité de l'assurée B. comme c'est prévu règlementairement mais que vous avez lu un code-barre pour 94 pourcents des soins facturés pour cette assurée. Que répondez-vous à cela ?

A : En effet, chez cette patiente, la puce de la carte d'identité ne passait pas dans le lecteur et donc j'ai pris le parti de lire systématiquement le code-barres au domicile du patient avec le smartphone. J'utilise l'application REID ».

Madame F., la maman de la patiente Madame B., est aide-soignante.

1.2.1.6 Conclusion pour le cas de l'assurée Madame B., NISS : ..., O.A. ...

Ce grief concerne une assurée, Madame B., pour 230 codes de prestations nomenclature (voir tableau ci-dessous), pour les dates de prestations **du 01/04/2018 au 19/06/2018** et **d'introduction à l'OA du 09/05/2018 au 31/08/2018**, à concurrence d'un indu total de **1.065,19 euros** qui a été totalement remboursé (pour le détail des prestations : cf note de synthèse, p. 16).

1.1.2.2 Cas de l'assurée Madame C., NISS: ...

Le grief non-effectué se fonde sur les éléments matériels suivants :

1.2.2.1 1er élément matériel : le questionnaire daté et signé le 06/02/2021 en tant que déclaration sur l'honneur par l'assurée Madame C. concernant les soins infirmiers qu'elle a reçus à domicile, à savoir que : (Numéro Record edos : ...)

- L'assurée Madame C. a déclaré sur l'honneur dans son questionnaire signé que **ses soins infirmiers ont débuté le 27/11/2017** suite à « hospitalisation pour intervention chirurgicale » et **qu'ils se sont terminés le 08/03/2018** alors que Mme A. a continué à facturer des **honoraires forfaitaires pour patients lourdement dépendants, dits Forfaits A jusqu'au 09/07/2018**. Le procès-verbal de constat a retenu à grief **les soins datés du 01/04/2018 au 09/07/2018** compte tenu du délai prévu à l'article 142, §2, al. 2 de la loi SSI.

Dans les faits, Mme Madame C. a été hospitalisée aux dates suivantes : du 27/11/2017 au 28/11/2017 pour des varices opérées et du 06/02/2018 au 16/02/2018 pour une prothèse de hanche gauche.

1.2.2.2 2ème élément matériel : les scores des échelles de dépendance (échelles de Katz) envoyées à la mutualité 317, pour l'assurée Madame C., (Numéro Record edos ...)

- On peut constater que les scores étaient de « 4 » pour le critère « se laver » et de « 4 » pour le critère « s'habiller ». **Ces scores sont restés inchangés sur l'entièreté de la période du 30/11/2017 au 09/07/2018.** D'après les Directives, le score de « 4 » pour le critère se laver correspond à un patient qui 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.

De plus, sur toute la période du 17/02/2018 jusqu'au 09/07/2018 (**date de fin de facturation des Forfaits A**), Mme A. attribue en continu, à l'assurée Madame C., « un score de 3 » pour le critère « transfert et déplacement » et « un score de 3 » pour le critère « aller à la toilette », ce qui lui permet **d'attester un forfait A jusqu'à la date de reprise de l'activité professionnelle de l'assurée Madame C.**

Si cette situation de dépendance pour les critères précités avait réellement existé, elle aurait rendu impossible toute reprise d'activité professionnelle tel que déclarée par son employeur (Déclarations Dmfa) à partir du 3^{ème} trimestre 2018, en regard des dispositions qui suivent :

En effet, les directives de l'INAMI pour l'utilisation de l'échelle d'évaluation précise que le patient peut obtenir un « score de 3 » pour le « critère transfert et déplacement » dans les cas suivants :

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

Et un « score de 3 » pour le critère « aller à la toilette » dans le cas suivant :

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.

1.2.2.3 3ème élément matériel : la Déclaration Dmfa de l'employeur de l'assurée Madame C.: (Numéro Record edos : ...)

- La Déclaration Dmfa montre que Mme Madame C. a repris une activité professionnelle à partir du mois de juillet 2018 (alors que Mme A. facture un forfait A pour patient lourdement dépendant 7 jours sur 7 à partir du 09/03/2018 (*) jusqu'au 09/07/2018.)

(*) le procès-verbal de constat notifié à Mme A. n'a commencé à prendre en compte les prestations litigieuses qu'à partir du 01/04/2018 compte tenu du délai prévu à l'art. 142, §2, al. 2 de la loi SSI.

1.1.2.2.4 Position et justification du dispensateur de soins, pour le cas de l'assurée Madame C., NISS: OA ...

Mme A. a commencé par contester le grief de prestations non-effectuées déclarant que Mme C. a eu différentes interventions, à savoir : une intervention pour des varices et puis une intervention pour une prothèse de hanche et qu'elle a reçu des Clexane, des mises de bas de contention, des pansements et des toilettes.

Compte tenu de la contestation du grief par Mme A., il lui a été dit que l'on peut voir dans les données de lecture de carte d'identité qu'elle n'a pas lu la puce de la carte d'identité de l'assurée Madame C. comme c'est prévu règlementairement mais qu'elle a lu un code-barres **pour 99 pourcents des soins facturés pour cette assurée**. Il a été dit à Mme A. que, d'emblée, elle a lu un code-barres lors de sa prise en charge pour les soins infirmiers chez l'assurée Madame C.

Voici l'extrait du procès-verbal d'audition de Mme A. du 27/05/2021 (Numéro Record edos : ...) :

(...) « Je conteste le grief, je suis allée faire les soins et vers la fin je ne lui mettais plus que ses bas de contention. Vers la fin des soins, il est possible que je n'aie pas effectué des toilettes car je ne faisais que lui mettre les bas de contention. »(...)

(...) "La carte d'identité ne passait pas et donc c'est comme pour le cas précédent, j'ai lu le code-barres de la carte d'identité à toutes les visites dès lors que la lecture de la puce ne fonctionnait pas dès les premières visites ».(...).

1.1.2.2.5 Conclusion pour le cas de l'assurée Madame C., NISS: OA ...

Ce grief concerne une assurée, Madame C., pour 270 codes de prestations nomenclature (voir tableau ci-dessous), pour les dates de prestations du **01/04/2018 au 09/07/2018** et **d'introduction à l'OA du 09/05/2018 au 25/10/2018**, à concurrence d'un indu total de **1816,2 euros** qui a été totalement remboursé (pour le détail des prestations, cf note de synthèse, p. 18).

1.1.3 Conclusion pour le grief n°1 Prestations non-effectuées

Ce grief concerne **2 assurés** pour 500 codes de prestations nomenclature (ventilation : voir tableau ci-dessous), **pour les dates de prestations du 01/04/2018 au 09/07/2018 et d'introduction à l'OA du 09/05/2018 au 25/10/2018**, à concurrence d'un indu total de **2.881,39 euros** (cf p. 19 de la note de synthèse pour le détail des prestations).

Mme A. a signé un accord de remboursement total de 2.881,39 euros directement le jour de son audition du 27/05/2021. (Numéro Record edos : ...).

Le remboursement total pour le grief n°1 prestations non-effectuées a été effectué le 30/06/2021.

1.2 Grief n°2 : Prestations non-conformes :

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 et/ou lorsque des prestations visées à l'article 34 de cette même loi ont été prescrites durant une période d'interdiction temporaire ou définitive d'exercice de la profession.

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

Il s'agit d'un surscorage de l'état de dépendance physique des assurés.

En l'espèce, il s'agit du cas d'une assurée, au nom de laquelle des « honoraires forfaitaires par journée de soins pour des patients lourdement dépendants » tel que repris à l'article 8, §1er, 1° et 2°, II., de la nomenclature des prestations de santé, ont été portés en compte à l'assurance obligatoire soins de santé pour un montant supérieur à ce qu'il aurait dû être car les scores des critères de dépendance tels que repris à la rubrique II du § 1er, 1°, 2° ont été surévalués.

Ces prestations non-conformes datées du 01/04/2018 au 30/04/2020 ont été introduites pour remboursement auprès de l'organisme assureur sur la période du **09/05/2018 au 02/05/2020** avec le numéro tiers-payant INAMI personnel de Mme A. : ... **ou** ... pour l'assurée Madame H., NISS:

1.2.1 Base légale et réglementaire

Pour le détail des dispositions notamment de l'article 8 de la Nomenclature (Annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités) et de la Circulaire n°2011/01 – Références 1240/OMZ-CIRC/INF-11 - 1- f comprenant en son annexe 2 des directives pour l'utilisation de l'échelle d'évaluation, il est renvoyé à la note de synthèse (p. 20 à 29).

1.2.2 Argumentation

1.2.2.1 Cas de l'assurée Madame H., NISS : ...

Le grief de prestations non-conformes se fonde sur les éléments matériels suivants:

1.2.2.1.1 Les demandes de soins pour les années 2018, 2019, 2020 et début 2021, avec les scores pour les échelles de dépendance (échelles de Katz), envoyées à la mutualité de l'assurée, par Mme A. et par d'autres dispensateurs de soins infirmiers : (Numéro Record edos : ...)

Mme A. a introduit auprès de la mutuelle un **Forfait B** pour la période **du 01/01/2018 au 09/08/2018** sur base des scores pour les critères de dépendance de l'échelle de Katz suivants : « **443333** »

Ensuite, du **10/08/2018 au 21/09/2018**, Mme I., un autre dispensateur de soins, a introduit auprès de la mutuelle **une T 7 (soit 1 toilette par jour, 7 jours/7)**, sur base des scores pour les critères de dépendance de l'échelle de Katz suivants : « **442121** »;

Par conséquent, ces scores : « **442121** », établis par l'autre dispensateur de soins infirmiers contredisent les scores établis par Mme A. concernant **4 critères de dépendance** de l'échelle de Katz qui sont :

« Transfert et déplacement, aller à la toilette, continence et manger »

Assurée Madame H.	Scores de Mme A. :	Scores de Mme I. :
	Période du 01/01/2018 au 09/08/2018 Accord pour un forfait B	Période du 10/08/2018 au 21/09/2018 Accord pour une T7
Transfert et déplacement	Score de 3 = le patient a absolument besoin de l'aide de tiers pour au moins un des transferts et/ou ses déplacements	Score de 2 = le patient est autonome pour le transfert et ses déplacements moyennant l'utilisation d'auxiliaire(s) mécanique(s) (béquille(s), chaise roulante,...)
Aller à la toilette	Score de 3 = Le patient 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	Score de 1 = Le patient est capable d'aller seul à la toilette, de s'habiller et de s'essuyer.
Incontinence	Score de 3 = Le patient souffre d'une incontinence permanente pour les urines ou pour les selles.	Score de 2 = le patient est accidentellement incontinent pour les urines ou les selles. Une personne qui est exclusivement incontinente pour les urines pendant la nuit et occasionnellement incontinente pour les urines pendant la journée reçoit un score de 2.
Manger	Score de 3 = le patient a besoin d'une aide partielle pendant qu'il mange ou boit.	Score de 1 = le patient est capable de manger et de boire seul.

Le 16/03/2021, le Service a contacté Mme I., l'autre dispensatrice de soins qui a pris en charge les soins infirmiers à domicile de l'assurée H. NISS : ... du **10/08/2018 au 21/09/2018**. (Numéro Record edos : ...)

Il lui a été demandé par le Service de communiquer l'échelle de Katz qui avait été envoyée à la mutuelle pour sa prise en charge du **10/08/2018 au 21/09/2018**.

Ce dispensateur a confirmé que les scores « **442121** », établis pour les critères de dépendance de l'échelle de Katz correspondaient bien à l'état de dépendance de l'assurée H., aux dates des notifications des scores à l'O.A. via les demandes datées des **16/08/2018 (nouvelle demande électronique)** et **17/09/2018 (demande de prolongation électronique)**.

Les scores envoyés par Mme I. ayant repris l'assurée en charge correspondaient bien à une **T7** à l'époque de la période du **10/08/2018 au 21/09/2018**.

Cette dispensatrice décrit la situation de l'assurée H. en 2018 pour les différents critères de dépendance : (Numéro Record edos ...)

« L'assurée H. nécessitait d'être entièrement lavée et habillée. (score 4) et (score 4)

Elle se déplaçait avec une béquille dans son habitation. (score 2)

Elle va seule à la toilette. (score 1)

Elle souffre de pertes urinaires occasionnelles la journée et plus importantes la nuit. (score 2)

On lui apporte ses repas (score 1) »

Les scores « **442121** » pour les critères de dépendance établis par ce dispensateur de soins infirmiers, autre que Mme A. **contredisent les scores** qui ont été notifiés par Mme A. « **443333** » **avant et après**, la période de prise en charge de Mme H. par Mme I. **du 10/08/2018 au 21/09/2018.**

Il faut souligner que Mme A. **depuis le 01/01/2018 et jusqu'à la fin de sa prise en charge de l'assurée, à savoir le 29/01/2021**, a invariablement introduit via MYCARENET des demandes de prise en charge pour l'assurée H., avec **toujours les mêmes scores pour les critères de dépendance, à savoir : « 443333 » pendant 3 années consécutives c'est-à-dire pour 2018, 2019, 2020 et début 2021.** Ces scores « **443333** » sur l'échelle de Katz autorisent la facturation d'honoraires forfaitaires pour patients lourdement dépendants, **dits Forfaits B :**

C'est sur demande du médecin traitant de l'assurée H. qu'un **nouveau dispensateur de soins infirmiers a pris celle-ci en charge, à partir du 30/01/2021.** (Numéro Record edos : ...).

Ce nouveau dispensateur infirmier a introduit à la mutuelle, une demande de prise en charge pour l'assurée H. pour des honoraires forfaitaires par journée de soins pour des patients lourdement dépendants, dits Forfait A, compte tenu des scores pour les critères de dépendance repris ci-dessous : « **443231** ».

Le 03/03/2021, le Service a pris contact avec Mme J., nouvelle infirmière qui a pris en charge les soins infirmiers à domicile de l'assurée H. **à partir du 30/01/2021.** (Numéro Record edos : 00266)

Sur demande du Service, Mme J. a confirmé ses scores « 443231 » pour les critères de dépendance de l'échelle de Katz établie pour l'assurée H. à la date du 30/01/2021.

Ces scores : « 443231 », obtenus par Mme J. à la date du 30/01/2021, contredisent les scores établis par Mme A. concernant 4 critères de dépendance de l'échelle de Katz qui sont :

« Transfert et déplacement, aller à la toilette, continence et manger »

Assurée Madame H.	Scores de Mme A. :	Scores du nouveau dispensateur infirmier à partir du 30/01/2021 :
	Période du 01/01/2018 au 29/01/2021 Accord pour un forfait B	Période du 30/01/2021 au 15/03/2021 Accord pour un Forfait A
Transfert et déplacement	Score de 3 = le patient a absolument besoin de l'aide de tiers pour au moins un des transferts et/ou ses déplacements	Score de 3 = le patient a absolument besoin de l'aide de tiers pour au moins un des transferts et/ou ses déplacements
Aller à la toilette	Score de 3 = Le patient 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	Score de 2 = Le patient 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.
Incontinence	Score de 3 = Le patient souffre d'une incontinence permanente pour les urines ou pour les selles.	Score de 3 = Le patient souffre d'une incontinence permanente pour les urines ou pour les selles
Manger	Score de 3 = le patient a besoin d'une aide partielle pendant qu'il mange ou boit.	Score de 1 = le patient est capable de manger et de boire seul.

Voici comment Mme J. décrit la situation de l'assurée H. pour les différents critères de dépendance dans un rapport de communication téléphonique signé et renvoyé par ce dispensateur de soins, le 22/03/2021 au Service : (Numéro Record edos : ...): “

Texte anonymisé.

1.2.2.1.2 Position et justification du dispensateur de soins pour le cas de l'assurée H., NISS:... O.A. ...

Voici l'extrait du procès-verbal d'audition de Mme A. (A.) du 27/05/2021 (Numéro Record edos : ...) dans lequel elle répond au grief de surcotation des scores de dépendance concernant les forfaits B facturés pour l'assurée H. :

Mme A. conteste le grief dans un premier temps et ensuite se ravise et accepte le remboursement de l'indu différentiel.

X. : « Pour l'assurée H., NISS : ..., O.A. :

*Il vous est reproché dans ce procès-verbal de constat daté du 30/04/2021 d'avoir facturé à l'Assurance obligatoire soins de santé, des « Honoraires forfaitaires par journée de soins pour des patients lourdement dépendants » , dits « forfait B », prestations datées du 01/04/2018 au 30/04/2020, **alors que les scores des critères de dépendance tel que prévus par la réglementation ont été surévalués, à savoir que vous avez attribué les scores de « 443333 » en continu pour les échelles introduites au service du médecin-conseil de l'O.A. ..., à partir du 01/01/2018 jusqu'au 29/01/2021.***

Que répondez-vous à cela ?

A.: *Quand je m'en occupais, cette patiente était dans l'état suivant :*

Elle marchait avec une canne dans sa maison et à l'extérieur

Il fallait l'aider pour la déplacer du fauteuil à l'évier pour sa toilette, je devais la soutenir même si je l'ai déjà vue se déplacer seule sur la route avec sa canne.

Mme H. est complètement incontinente urinaire et occasionnellement pour les selles. J'émetts des doutes quant à son incontinence fécale car j'ai toujours soupçonné qu'elle émettait des selles au moment de la toilette pour m'ennuyer.

Elle utilisait toutes sortes de moyens pour que l'on reste avec elle. Elle a l'âge mental d'un enfant.

Elle vit seule mais cela me semble très limite, Mme H. souffre de problèmes psychiatriques. Elle pique des colères terribles.

Je conteste donc le grief car pour moi, elle justifiait bien un forfait B.

X.: *le médecin traitant a confirmé l'intervention d'une personne se prénommant « Madame K. » qui venait effectuer ses soins.*

A. : *il s'agit en fait de « Madame K. » ancienne salariée à mi-temps de ma société « G. » en ouverture de faillite depuis le 25 juillet 2017.*

En effet, K. m'a remplacée très occasionnellement 3 à 4 fois chez Mme H. car je devais subir un examen médical.

A la réflexion, je suis d'accord de rembourser la différence du grief pour ce cas, c'est-à-dire la différence entre 1 forfait B et 1 FA, soit 12.484, 57 euros cf. page 36 du Procès-verbal de constat. »

1.2.2.1.3 Conclusions pour le cas de l'assurée H. NISS : ... :

Ce grief concerne une assurée, H. NISS: ..., pour 662 codes de prestations nomenclature dits forfaits B (voir tableau ci-dessous), pour les dates de prestations du 01/04/2018 au 30/04/2020 et d'introduction à l'OA du 09/05/2018 au 02/05/2020, à concurrence d'un indu différentiel calculé entre le remboursement effectué par l'ASSI pour un honoraire forfaitaire dit Forfait B et le remboursement qui aurait dû être effectué pour un honoraire forfaitaire dit Forfait A de 12.484,57euros qui a été totalement remboursé.

La surévaluation des scores de dépendance par Mme A. pour l'assurée H. a été mise en évidence par comparaison avec les scores de dépendance établis par d'autres dispensateurs de soins sur la période de prise en charge de **2018 à début 2021**.

Le Service a tenu compte des scores de dépendance établis par le nouveau dispensateur de soins infirmiers qui a pris l'assurée H. en charge à partir du 30/01/2021 et qui a reçu de l'O.A. ... un accord de remboursement pour un honoraire forfaitaire journalier dit Forfait A.

Mme A. a signé le formulaire de remboursement volontaire en guise d'accord sur l'indu pour le cas de l'assurée H.

Le tableau récapitulatif de la totalité des prestations de l'article 8, § 1er de la Nomenclature, à grief pour le cas de l'assurée H., NISS : ..., OA ... et le tableau du calcul de l'indu différentiel se trouvent à la note de synthèse pages 33 et 34.

1.3 Grief n°3: Prestations non-conformes :

Prestations effectuées par une personne non-habilitée à les porter en compte à l'assurance soins de santé qui s'est substituée en tout ou en partie au praticien de l'art infirmier

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 et/ou lorsque des prestations visées à l'article 34 de cette même loi ont été prescrites durant une période d'interdiction temporaire ou définitive d'exercice de la profession.

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

En l'espèce, il s'agit du cas d'une assurée, affiliée à l'O.A. ..., au nom de laquelle des honoraires forfaitaires par journée de soins pour des patients lourdement dépendants tel que repris à l'article 8, §1^{er}, 1° et 2°, II., de la nomenclature des prestations de santé, ont été portés en compte à l'assurance obligatoire soins de santé alors que le praticien de l'art infirmier ne pouvait établir ni signer une attestation de soins donnés étant donné que les prestations ont été effectuées par une personne non habilitée à les porter en compte à l'assurance soins de santé. Cette personne non-habilitée s'étant substituée en tout ou en partie au praticien de l'art infirmier, même en présence de ce dernier.

Ces prestations non-conformes datées du 12/10/2018 au 30/04/2020 ont été introduites pour remboursement auprès de l'organisme assureur sur la période du **09/05/2018 au 03/05/2020** avec le numéro INAMI tiers-payant personnel de Mme A. : ... **ou** ... pour l'assurée Madame L., NISS

1.3.1 Base légale et/ou réglementaire du grief (à l'époque de l'infraction)

Il est renvoyé à la note de synthèse, en :

- page 39 à 41 pour le détail de l'art. 8, §5 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités ;
- page 41-42, pour le détail du libellé des prestations retenues à grief.

1.3.2 Argumentation

1.3.2.1 Cas de l'assurée Madame L., NISS ...

Le grief de prestations non-conformes se fonde sur les éléments matériels suivants.

1.3.2.1.1 1^{er} élément matériel:

Un rapport de communication téléphonique daté du 05/02/2021, signé par un témoin privilégié, Mme M., petite fille de Mme L. (Numéro Record edos : ...).

Ce rapport de communication téléphonique signé fait suite à un contact initié par le Service suite à l'envoi d'un questionnaire (Numéro Record edos : ...) à l'assurée concernant les soins infirmiers qu'elle a reçus à domicile.

Le Service a pu constater suivant les déclarations de la petite fille de l'assurée que cette dernière nécessite un passage de l'infirmière le matin pour la toilette complète et l'habillage et un passage de l'infirmière le soir pour la déshabiller, lui mettre un Pampers, sa chemise de nuit et la mettre au lit.

Sur question du Service concernant l'identification du ou des dispensateurs de soins pour l'assurée Madame L., la petite fille de l'assurée a signalé au Service, que la toilette complète du matin n'était pas faite par Mme A. mais par une collaboratrice de Mme A. qui s'appelle « K. » qui est connue du Service comme étant aide-soignante et pas infirmière.

Or, Madame A. n'a pas introduit une déclaration sur l'honneur relativement à une équipe structurelle auprès du Service des soins de santé de l'INAMI permettant de fonctionner avec une ou des aides-soignantes et ne remplit pas les conditions pour pouvoir y recourir.

De plus, le témoin confirme que c'est aussi « K. » **ou** Mme A. qui passait le soir chez l'assurée Madame L. pour la préparer au lit (c'est à dire pour lui mettre sa chemise de nuit et le Pampers pour la mise au lit).

La petite-fille de l'assurée L. s'en occupe très régulièrement et a accepté de signer ses déclarations faites au téléphone suite au **contact pris avec lui par le Service car son numéro de téléphone est le numéro de contact renseigné auprès de la mutualité pour l'assurée L. qui est âgée (89 ans) et mal portante.**

Il faut signaler que sa petite-fille a décrit l'assurée L. comme ayant été fortement perturbée par la grosse somme d'argent qui lui a été versée en paiement direct par sa mutualité sur son compte personnel suite à la facturation papier envoyée directement à la mutualité par Mme A. (et portant sur des forfaits B), pendant que la mesure de suspension des paiements en tiers payant courait.

Cependant, Mme A. avait omis de prévenir clairement l'assurée L. qui n'a pas compris pourquoi elle recevait une telle somme d'argent sur son compte.

Lorsque le remboursement de la mutualité est arrivé sur le compte personnel de l'assurée L., Mme A. lui a réclamé la rétrocession de la somme versée par la mutualité sans lui expliquer clairement ce qui se passait à savoir l'application par l'INAMI d'un article 77sexies de la loi SSI car cette situation était totalement anormale et l'assurée L. a craint d'être mêlée à son insu à des manœuvres douteuses organisées par Mme A.

Ne comprenant pas pourquoi elle avait reçu cet argent, l'assurée L. craignait de le reverser à Mme A. au cas où la mutualité le lui réclamerait. D'après la petite fille de Mme L. qui a contacté la mutualité, aucune explication claire n'a été fournie.

1.3.2.1.2 2^{ème} élément matériel:

Extrait du procès-verbal d'audition de Mme K. (K) daté du 01/04/2021 (Numéro Record edos :) concernant ses activités d'aide-soignante :

« (...) K : Il y a eu 10 ans au mois de mars que je travaille comme aide-soignante à ..., avant cela, j'étais dans un autre maison de repos : ... à temps plein.

X. : En ce qui concerne votre contrat de travail en tant qu'aide – soignante avec la Société G. de Mme A. qui a fait faillite en juillet 2017, quelles activités y faisiez-vous ?

J'allais à domicile avec elle pour l'aider à manipuler et habiller les patients.

X. : Quel était votre horaire de travail habituel ?

Je commençais à 8 heures, et j'allais la rejoindre car elle commençait beaucoup plus tôt.

*Je terminais à 11 heures du matin **car c'était un ½ temps.***

X. : je vous soumetts, vos pointages quotidiens pour les heures d'entrée et de sortie de service au home ... de 2018 à 2020.

Nous constatons ensemble que votre horaire habituel est fixe et commence l'après-midi.

K. : Oui c'est bien ça. Je fais les après-midi.

X. : Je dispose d'éléments relatifs à une activité d'aide-soignante que vous exercez pour le compte de Mme A. effectuée durant les matinées, que répondez-vous à cela ?

K. : Je réponds que j'ai commencé chez Mme A. en avril 2017 en tant qu'aide-soignante à mi-temps, je faisais les matins et ça s'est terminé fin juillet 2017. »

D'après l'extrait d'audition repris ci-dessus, Mme K. (K.) **reconnait qu'elle travaille depuis 10 ans, tous les après-midi dans une maison de repos du Centre.**

Mme K. a **contresigné toutes ses heures de pointage d'entrée et de sortie de service au home ... depuis le 01/07/2018 jusqu'au 31/12/2020. Ses horaires** constituent exclusivement (à quelques rares exceptions près), des horaires d'après-midi. (Numéro Record edos : ... pages 12 à 43)

Par conséquent, le Service en conclut que K. a la possibilité d'effectuer des toilettes le matin pour le compte de Mme A. et que cela conforte les déclarations de la petite-fille de l'assurée pour ce cas.

Il faut noter que Mme K. confirme qu'elle a bien eu une activité salariée dans la société de Mme A. à mi-temps, à partir d'avril 2017 jusqu'à la date de la faillite de la société de soins à domicile de Mme A. en juillet 2017. Cependant elle nie avoir continué à travailler à mi-temps tous les matins pour Mme A. :

Sur demande du SECM, le Service du Contrôle administratif a informé que Mme K. percevait une allocation de chômage (250 euros environ d'après l'intéressée) en complément de son salaire mi-temps d'aide-soignante pour

1.3.2.1.3 3^{ème} élément matériel:

Extrait du procès-verbal d'audition de Mme A. (A) du 27/05/2021 (Numéro Record edos : ...) dans lequel, elle déclare qu'elle employait et emploie toujours Mme K. chez ses patients malgré la faillite de sa société G. depuis juillet 2017 :

« X. : le médecin traitant a confirmé l'intervention d'une personne se prénommant « K. » qui venait effectuer ses soins.

A. : il s'agit en fait de « K. » ancienne salariée à mi-temps de ma société « G. » en ouverture de faillite depuis le 25 juillet 2017 ().*

En effet, K. m'a remplacée très occasionnellement 3 à 4 fois chez Mme H. car je devais subir un examen médical.(...)

A. : Je conteste ce cas car c'est soit moi, soit L. qui dispose d'un numéro INAMI d'aide-soignante, soit Mme N. qui est infirmière, qui a soigné cette personne.

Chez Mme L., il fallait faire la toilette complète, prendre la tension et un change.

Madame K. n'a été que 3 ou 4 fois maximum aux mêmes dates que chez Mme H., et en guise de dépannage exceptionnel, faire les soins à Mme L.(...) »

1.3.2.1.4 Position et justification du dispensateur de soins pour le cas de l'assurée L. NISS O.A....

Extrait du procès-verbal d'audition de Mme A. (A) du 27/05/2021 (Numéro Record edos : ...) :

Mme A. conteste le nombre de prestations non-conformes retenues à grief dans le procès-verbal de constat du 30/04/2021.

Cependant, elle ne conteste pas le fait qu'une partie des prestations retenues à grief dans ce procès-verbal de constat a été réalisée par l'aide-soignante K. :

A.: Je conteste ce cas car c'est soit moi, soit K. qui dispose d'un numéro INAMI d'aide-soignante, soit Mme N. qui est infirmière, qui a soigné cette personne.

Chez Mme L. il fallait faire la toilette complète, prendre la tension et un change.

K. n'a été que 3 ou 4 fois maximum aux mêmes dates que chez Mme H., et en guise de dépannage exceptionnel, faire les soins à Mme L.

Je ne suis pas d'accord de régulariser la totalité de l'indu pour ce cas de patiente.

Je vous renverrai l'invitation au remboursement volontaire avec le montant correspondant aux prestations que je reconnais litigieuses.

Je tiens à préciser que Mme L. est l'arrière grand-mère de la compagne de mon neveu.

Vous me renverrez une nouvelle invitation au remboursement volontaire pour ma patiente L.. Je dois consulter mes documents pour déterminer les jours où K. m'a remplacée pour les soins chez ma patiente L.. »

1.3.2.1.5 Conclusions pour le cas de l'assurée L., NISS ...

Le Service a accepté de corriger le nombre de prestations non-conformes imputées pour le cas de l'assurée L. (Numéro Record edos : ...) sur base de la nouvelle invitation au remboursement volontaire renvoyée datée et signée du 16 juin 2021 par Mme A. (Numéro Record edos : ...)

Après correction du nombre de prestations non-conformes pour le procès-verbal de constat daté du 30/04/2021 pour le cas de l'assurée L. ; le grief de prestations non-conformes (personnel non-habilité) a été retenu pour 166 codes de prestations de la nomenclature dits forfaits B (voir tableau ci-dessous), pour les dates de prestations du 12/10/2018 au 30/04/2020 et d'introduction à l'OA du 30/11/2018 au 03/05/2020 correspondant à un indu total de 7.014,91 euros (pour le détail, cf p. 45 de la note de synthèse).

La totalité des prestations de soins d'hygiène ayant été effectuées dans le cadre d'honoraires forfaitaires pour patients lourdement dépendants, dits Forfait B, par une aide-soignante, alors que Mme A. ne dispose pas de l'autorisation du Service des soins de santé de l'INAMI pour fonctionner avec une ou des aides-soignantes, sont indues car non-conformes aux conditions règlementaires pour le remboursement par l'ASSI.

Mme A. a signé le formulaire de remboursement volontaire en guise d'accord sur l'indu pour le cas de l'assurée. Ce montant a été entièrement remboursé.

1.3.2.1.6 Récapitulatif des éléments concernant la situation de madame K.

Des éléments de l'enquête, il ressort que :

- Madame A. a employé une aide-soignante dénommée K., comme salariée à mi-temps par sa société « G. » jusqu'à la date de la faillite le 25/07/2017.

Depuis le 01/12/2019, K., NISS: ..., habitant à ..., est enregistrée en tant qu'aide-soignante auprès de l'INAMI sous le numéro : ...

K. est salariée à mi-temps par la maison de repos pour personnes âgées, ... à où **elle preste tous les après - midi d'après les horaires qui nous ont été transmis par la maison de repos à la demande du Service.** K. perçoit des allocations de chômage pour un second mi-temps depuis le 01/08/2015 (environ 250 euros par mois)

- Une personne prénommée « K. » a effectué des soins chez Madame H. et Madame L. :
 - o Voir extrait du rapport de faits téléphonique (daté du 03/03/2021) qui a été contresigné par le Médecin traitant de l'assurée H. (Numéro Record edos : ...) :

Le Médecin traitant, le Docteur O., a expliqué qu'il existait un problème d'entente entre sa patiente Mme H. et l'infirmière A. Du fait de cette mauvaise entente entre Mme A. et Mme H., Mme A. envoyait quelqu'un d'autre pour faire les soins infirmiers chez Mme H. qui s'inquiétait de savoir si cette personne était réellement une infirmière ou pas. Les soins infirmiers à dispenser à Mme H étaient principalement des soins d'hygiène et une injection de FRAXODI quotidienne. Le Médecin traitant confirme que cette personne s'appelle « K. ». De plus, Mme H. a dit au Médecin qu'elle était tracassée et contrariée par le fait que Mme A. lui avait dit qu'en cas de contrôle, elle devait dire que c'était Mme A. qui lui dispensait ses soins infirmiers et ne pas dire que c'était en réalité « K. » qui la soignait.

- Voir extrait du rapport de faits daté du 05/02/2021, signé par la petite-fille de Mme L. (Numéro Record edos : ...)

Sur question du Service concernant l'identification du ou des dispensateurs de soins pour l'assurée L., il a été signalé au Service, que la toilette complète du matin n'était pas faite par Mme A. mais par une collaboratrice de Mme A. qui s'appelle « K. » qui est connue du Service comme étant aide - soignante et pas infirmière. La petite fille de l'assurée a confirmé ses déclarations.

De plus, le témoin confirme que c'est aussi « K. » **ou** Mme A. qui passait le soir chez l'assurée L. pour la préparer au lit (c'est à dire pour lui mettre sa chemise de nuit et le Pampers pour la mise au lit).

- Madame K. déclare avoir travaillé pour Madame A. jusqu'en juillet 2017 : voir extrait du procès-verbal de Mme K. daté du 01/04/2021 (Numéro de Record edos : ...) concernant ses activités d'aide-soignante : ..

« (...) K. : Il y a eu 10 ans au mois de mars que je travaille comme aide-soignante à ..., avant cela, j'étais dans un autre maison de repos : à temps plein.

X. : En ce qui concerne votre contrat de travail en tant qu'aide – soignante avec la Société G. de Mme A. qui a fait faillite en juillet 2017, quelles activités y faisiez-vous ?

J'allais à domicile avec elle pour l'aider à manipuler et habiller les patients.

X. : Quel était votre horaire de travail habituel ?

Je commençais à 8 heures, et j'allais la rejoindre car elle commençait beaucoup plus tôt.

*Je terminais à 11 heures du matin **car c'était un ½ temps.***

X. : je vous soumetts, vos pointages quotidiens pour les heures d'entrée et de sortie de service au home ... de 2018 à 2020.

Nous constatons ensemble que votre horaire habituel est fixe et commence l'après-midi.

K. : Oui c'est bien ça. Je fais les après-midi.

X. : Je dispose d'éléments relatifs à une activité d'aide-soignante que vous exercez pour le compte de Mme A. effectuée durant les matinées, que répondez-vous à cela ?

K. : Je réponds que j'ai commencé chez Mme A. en avril 2017 en tant qu'aide-soignante à mi-temps, je faisais les matins et ça s'est terminé fin juillet 2017. »

- Madame K. n'apparaît plus comme étant engagée par Madame A. ou sa société depuis le 25/07/2017 (application DOLSI ; Numero de record edos ...)
- Mme A. identifie cette personne comme étant K. et reconnaît son intervention dans la réalisation de soins chez Madame H. et chez L. . Voir ci-dessous l'extrait de son audition du 27/05/2021

« X. : le médecin traitant a confirmé l'intervention d'une personne se prénommant « K. » qui venait effectuer ses soins.

A. : il s'agit en fait de « K. » ancienne salariée à mi-temps de ma société « G.» en ouverture de faillite depuis le 25 juillet 2017 ().*

En effet, K. m'a remplacée très occasionnellement 3 à 4 fois chez Mme H. car je devais subir un examen médical.(...)

A. : Je conteste ce cas car c'est soit moi, soit K. qui dispose d'un numéro INAMI d'aide-soignante, soit Mme N. qui est infirmière, qui a soigné cette personne.

Chez Mme L., il fallait faire la toilette complète, prendre la tension et un change.

K. n'a été que 3 ou 4 fois maximum aux mêmes dates que chez Mme H. et en guise de dépannage exceptionnel, faire les soins à Mme L.(...)

(...)

Je ne suis pas d'accord de régulariser la totalité de l'indu pour ce cas de patiente.

Je vous renverrai l'invitation au remboursement volontaire avec le montant correspondant aux prestations que je reconnais litigieuses.

Je tiens à préciser que Mme L. est l'arrière grand-mère de la compagne de mon neveu.

Vous me renverrez une nouvelle invitation au remboursement volontaire pour ma patiente L.. Je dois consulter mes documents pour déterminer les jours où K. m'a remplacée pour les soins chez ma patiente L.. »

1.4 Tableau synoptique

N° code (CNK,...) de la prestation art.8 § 1 ^{er} NPS	Rubrique	Lettre-clé et coefficient	Entrée en vigueur code-libellé-lettre-clé-coefficient	Nombre de prestations à grief GRIEF n°1 Non-Effectué	Nbre assurés	INDU TOTAL
423076	N06	W 0,484	01/07/2003	2	2	2881,39 euros
424336	N06	W 1,459	01/04/2014	51		
424491	N06	W 2,189	01/04/2014	27		
425014	N06	W 0,879	01/06/1997	53		
425110	N06	W 1,167	01/10/2005	46		
425272	N06	W 3,825	01/10/2005	60		
425412	N06	W 1,206	01/06/1997	27		
425515	N06	W 1,754	01/10/2005	24		
425670	N06	W 5,71	01/01/2005	30		
Total GRIEF N°1 Non-effectué :2 assurés				320		

N° code (CNK,...) de la prestation art.8 § 1 ^{er} NPS	Rubrique	Lettre-clé et coefficient	Entrée en vigueur code-libellé-lettre-clé-coefficient	Nombre de prestations à grief GRIEF n°2 Surcotation Katz	Nbre assuré	INDU DIFFÉRENTIEL
425294	N06	W 7,371	01/01/2005	461	1	12.784,57 euros
425692	N06	W 10,944	01/01/2005	201		
Total GRIEF N°2 Non-conforme Surcotation d'échelles de Katz 1 assuré				662		

N° code (CNK,...) de la prestation art.8 1 ^{er} NPS	Rubrique	Lettre-clé et coefficient	Entrée en vigueur code-libellé-lettre-clé-coefficient	Nombre de prestations à grief Non habilité	Nbre assuré	INDU TOTALI
425294	N06	W 7,371	01/01/2005	85	1	7014,91 euros
425692	N06	W 10,944	01/01/2005	81		
Total GRIEF N°3 Non-conforme Prestations effectuées par du personnel non-habilité à les porter en compte (aide-soignante hors équipe structurée) 1 assuré				166		
TOTAUX				1.148	4	INDU TOTAL : 22.380,87 euros
PERIODE INFRACTIONNELLE : Ces prestations sont datées du 01/04/2018 au 30/04/2020 et ont été introduites pour remboursement auprès des organismes assureurs sur la période du 09/05/2018 au 02/05/2020.						REMBOURSEMENT 22.380 ,87 euros:

Pour ces 3 griefs, l'indu total a été évalué à 22.380,87 euros.

2 DISCUSSION

2.1 Quant au bien fondé des griefs

2.1.1 Quant au 1er grief

Il ressort du dossier que les éléments matériels et constitutifs du grief n°1 relatif à des prestations non effectuées sont réunis et prouvés notamment au regard des éléments qui suivent.

Au cours de l'enquête, le Service a recueilli notamment les éléments suivants :

- Concernant l'assurée B., la réponse au questionnaire par l'assurée sur les soins qu'elle a reçus, l'échelle de Katz envoyée par Mme A. pour cette assurée, le RIP de l'employeur de l'assurée faisant apparaître une reprise d'activité professionnelle le 13/01/2018, les données authentifiées des prestations facturées à l'assurance obligatoire pour l'assurée ;
- Concernant l'assurée C., la réponse au questionnaire par l'assurée sur les soins qu'elle a reçus, l'échelle de Katz envoyée par Mme A. pour cette assurée, la déclaration DMFA de l'employeur de l'assurée C. indiquant une reprise d'activité professionnelle début juillet 2018 incompatible avec le forfait A facturé par Mme A.

Lors de son audition du 27 mai 2021, Mme A. a déclaré :

- Concernant l'assurée B. :

« A. : Je conteste le grief car tous les soins ont été effectués chez cette dame. Il s'agissait d'injections de Clexane et peut-être d'anti-inflammatoires, de pansements au niveau du genou, et des toilettes complètes.

Cette personne a fait une chute suite à laquelle elle a été opérée. Après la toilette complète, je lui faisais son dos et ses pieds car elle ne pouvait pas prendre appui sur ses jambes.

Vous me signalez que la maman de la patiente qui s'appelle F. est aide-soignante et qu'elle est en mesure de dispenser certains soins d'hygiène aux membres de sa famille. Mme F. a été salariée par ma société G.

Je maintiens que j'ai effectivement dispensé des soins infirmiers à Mme B. mais c'est possible que quand j'arrivais, Mme F. avait déjà effectué la toilette de Mme B. d'autant plus que le domicile de la patiente était assez éloigné de ma tournée habituelle ».

- Concernant l'assurée C. :

« X. : Pour l'assurée Madame C., NISS ..., OA ... Il vous est reproché dans ce procès-verbal de constat daté du 22/05/2021, d'avoir facturé à l'Assurance obligatoire soins de santé, des honoraires forfaitaires par journée de soins pour des patients lourdement dépendants dits Forfaits A, prestations datées du 01/04/2018 au 09/07/2018, alors que ces soins n'ont pas été effectués. Que répondez-vous à cela ?

A. : Mme C. a eu différentes interventions : elle a eu une intervention pour des varices et puis une intervention pour une prothèse de hanche. Elle a reçu des Clexanes, des mises de bas de contention, des pansements et des toilettes.

Je conteste le grief, je suis allée faire les soins et vers la fin je ne lui mettais plus que ses bas de contention. Vers la fin des soins, il est possible que je n'aie pas effectué des toilettes car je ne faisais que lui mettre les bas de contention ».

Mme A. a remboursé l'indu et n'a pas adressé de moyens de défense.

Au vu des éléments susmentionnés, le premier grief est établi.

2.1.2 Quant au 2e grief

Il ressort du dossier que les éléments matériels et constitutifs du grief n°2 relatif à des prestations non conformes sont réunis et prouvés notamment au regard des éléments qui suivent.

Au cours de l'enquête, le Service a recueilli notamment les éléments suivants :

- Les scores pour les échelles de dépendance envoyées à l'organisme assureur par Mme A. en 2018, 2019, 2020 et début 2021 pour l'assurée H. qui ont toujours été un forfait B ;
- Les scores pour les échelles de dépendance envoyées à l'organisme assureur par Mme I. du 10 août au 21 septembre en 2018 qui a facturé à l'assurance obligatoire soins de santé une T7 (et non un forfait B comme le faisait Mme A.) ;

- Contact téléphonique avec Mme I. dont les propos ont été consignés dans un rapport de fait téléphonique qui a donné le scorage qu'elle avait fait de l'assurée, à savoir : « 442121 ».
- Contact téléphonique avec Mme J., nouvelle infirmière de Mme H. depuis le 30/01/2021 (rapport de faits téléphonique signé) et qui, elle, a facturé à l'assurance obligatoire soins de santé, un forfait A ;
- Contact téléphonique avec le Docteur O., médecin traitant de l'assurée (rapport de faits téléphonique signé), qui a demandé un nouveau prestataire de soins prenne en charge Mme H.

Lors de son audition du 27 mai 2021, Mme A. a, dans un premier temps, contesté le grief puis s'est ravisée et a accepté le remboursement de l'indu différentiel :

« X. : « Pour l'assurée H., NISS : ..., O.A....: Il vous est reproché dans ce procès-verbal de constat daté du 30/04/2021 d'avoir facturé à l'Assurance obligatoire soins de santé, des « Honoraires forfaitaires par journée de soins pour des patients lourdement dépendants » , dits « forfait B », prestations datées du 01/04/2018 au 30/04/2020, alors que les scores des critères de dépendance tel que prévus par la réglementation ont été surévalués, à savoir que vous avez attribué les scores de « 443333 » en continu pour les échelles introduites au service du médecin-conseil de l'O.A. ..., à partir du 01/01/2018 jusqu'au 29/01/2021. Que répondez-vous à cela ?

A. : Quand je m'en occupais, cette patiente était dans l'état suivant :

Elle marchait avec une canne dans sa maison et à l'extérieur

Il fallait l'aider pour la déplacer du fauteuil à l'évier pour sa toilette, je devais la soutenir même si je l'ai déjà vue se déplacer seule sur la route avec sa canne.

Mme H. est complètement incontinente urinaire et occasionnellement pour les selles. J'émetts des doutes quant à son incontinence fécale car j'ai toujours soupçonné qu'elle émettait des selles au moment de la toilette pour m'ennuyer.

Elle utilisait toutes sortes de moyens pour que l'on reste avec elle. Elle a l'âge mental d'un enfant.

Elle vit seule mais cela me semble très limite, Mme H. souffre de problèmes psychiatriques. Elle pique des colères terribles.

Je conteste donc le grief car pour moi, elle justifiait bien un forfait B.

X. : le médecin traitant a confirmé l'intervention d'une personne se prénommant « K. » qui venait effectuer ses soins.

A. : il s'agit en fait de « Madame K. » ancienne salariée à mi-temps de ma société « G. » en ouverture de faillite depuis le 25 juillet 2017.

En effet, Madame K. m'a remplacée très occasionnellement 3 à 4 fois chez Mme H. car je devais subir un examen médical

A la réflexion, je suis d'accord de rembourser la différence du grief pour ce cas, c'est-à-dire la différence entre 1 forfait B et 1 FA, soit 12.484, 57 euros cf. page 36 du Procès-verbal de constat ».

Mme A. a remboursé l'indu et n'a pas adressé de moyens de défense.

Au vu des éléments susmentionnés, le deuxième grief est établi.

2.1.3 Quant au 3e grief

Il ressort du dossier que les éléments matériels et constitutifs du grief n°3 relatif à des prestations non conformes sont réunis et prouvés notamment au regard des éléments qui suivent.

Au cours de l'enquête, le Service a recueilli notamment les éléments suivants :

- les déclarations d'un proche de l'assurée actées dans un rapport de communication téléphonique signé,
- les déclarations de l'aide-soignante, Mme K., lors de son audition du 01/04/2021 ;
- les déclarations de Mme A. lors de son audition du 27/05/2021, au terme de laquelle elle reconnaît encore employer l'aide-soignante, Mme K., chez ses patients :

« X. : le médecin traitant a confirmé l'intervention d'une personne se prénommant « K. » qui venait effectuer ses soins. A. : il s'agit en fait de « Madame K. » ancienne salariée à mi-temps de ma société « G. » en ouverture de faillite depuis le 25 juillet 2017 (). En effet, Madame K. m'a remplacée très occasionnellement 3 à 4 fois chez Mme H. car je devais subir un examen médical.(...) »*

A. : Je conteste ce cas car c'est soit moi, soit Madame K. qui dispose d'un numéro INAMI d'aide-soignante, soit Mme N. qui est infirmière, qui a soigné cette personne.

Chez Mme L., il fallait faire la toilette complète, prendre la tension et un change.

Madame K. n'a été que 3 ou 4 fois maximum aux mêmes dates que chez Mme H., et en guise de dépannage exceptionnel, faire les soins à Mme L.(...) »

Lors de son audition du 27/05/2021, Mme A. avait contesté le nombre de prestations retenues à grief, mais pas le fait d'avoir continué à employer Mme K. après la faillite de la société G. (juillet 2017).

Par courrier du 31/05/2021, l'indu recalculé en fonction des observations de Mme A. lui a été adressé par courrier (sous forme d'une nouvelle invitation au remboursement volontaire qu'elle a signée).

Mme A. a remboursé l'indu tel que recalculé et n'a pas adressé de moyens de défense.

Au vu des éléments susmentionnés, le troisième grief est établi.

2.2 Quant à l'indu

Les trois griefs reprochés au terme des procès-verbaux de constat des 22 et 30 avril 2021 ont entraîné des débours indus dans le chef de l'assurance obligatoire soins de santé pour un montant de 22.380 ,87 euros.

Madame A. a procédé au remboursement total de l'indu (22.380 ,87 euros) par un virement du 30/06/2021 (2.881,39 euros), un autre du 1/07/2021 (12.484,57 euros) et enfin un dernier du 5/07/2021 (7.014,91 euros).

Les griefs formulés à l'encontre de Mme A. étant fondés, il y a lieu d'ordonner qu'elle soit condamnée à rembourser la valeur des prestations indues s'élevant à 22.380,87 euros et de constater que la totalité de la valeur des prestations indues a été remboursée (Loi SSI, art. 142, §1^{er}, 1° et 2°).

2.3 Quant à l'amende administrative

2.3.1 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 (grief n°1), 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 (griefs n°2 et 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.

2.3.2 Quant au quantum de l'amende administrative retenue

Les prestations citées à grief sont comprises entre le 1^{er} avril 2018 et 30 avril 2020 ont été introduites auprès des organismes assureurs du 9/05/2018 au 2/05/2020.

Le Service d'évaluation et de contrôle médicaux estime nécessaire de prononcer une amende administrative à charge de Mme 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'elle ne les avait pas réalisées, Mme A. a méconnu les obligations qui lui incombaient en sa qualité de dispensateur de soins et n'a pas fait preuve de professionnalisme.

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

Compte tenu du nombre de prestations non effectuées attestées par Madame A. (320 prestations pour 2 assurés), du montant de l'indu en cause (2.881,39 euros), de la durée de la période infractionnelle (6 mois suivant les dates d'introduction à l'organisme assureur), de l'expérience de Mme A. (environ 24 ans au moment des faits), Mme A. a clairement spolié les deniers de l'assurance soins de santé et donc de la collectivité, ce qui justifie l'application d'une sanction élevée.

Il est donc justifié de prononcer à l'encontre de Mme A. au titre du grief de prestations non effectuées une amende administrative de 150% du montant indu à rembourser (LC 14/07/1994, art. 142, §1^{er}, 1^o), soit 4.322,08 euros.

Concernant **l'attestation de prestations non conformes**, le législateur a encadré de manière très précise l'évaluation de l'état de dépendance physique d'un patient ou encore les conditions pour pouvoir recourir à un aide-soignant qui accomplisse des soins infirmiers, afin d'éviter les abus qui pourraient découler d'une appréciation souple et extensive des conditions fixées par la Nomenclature.

Les règles de la Nomenclature des prestations de santé sont de stricte interprétation et doivent être appliquées rigoureusement,² 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 soins³.

Le respect de la réglementation telle celle relative à l'évaluation de l'état de dépendance physique d'un patient ou celle relative au recours d'un aide-soignant est un fondement de ce rapport de confiance, puisque ces normes sont clairement et expressément énoncées dans la Nomenclature des prestations de santé.

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.

En ne respectant notamment pas les règles relatives à l'évaluation de l'état de dépendance physique des assurés ou celles relatives au recours à un aide-soignant pour effectuer des soins infirmiers, Mme A. a manqué à ses obligations légales en tant que dispensateur de soins.

Dans ces conditions, au regard de ces éléments, mais aussi compte tenu de la clarté de la nomenclature, de l'expérience de Mme A. (24 ans au moment des faits), du nombre de prestations en cause (828 prestations), de la durée de la période infractionnelle (environ 25 mois selon les dates de prestations) et du montant de l'indu (19.799,48 euros), il est justifié de prononcer à l'encontre de Mme A., au titre des griefs de prestations non conformes une amende administrative de 100% du montant à rembourser (LC, 14/07/1994, art. 142, §1^{er}, 2^o) soit 19.799,48 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.

² Cass. 20/11/2017, C.15.02132.N.

³ 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

Il convient de tenir compte, non seulement des éléments rappelés ci-dessus, mais aussi, d'une part, de l'absence d'antécédent dans le chef de l'intéressée, et, d'autre part, du remboursement total de l'indu effectué dans les deux mois après le procès-verbal de constat.

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 Mme A. :

- au titre du grief de prestations non effectuées, une amende administrative de 150% du montant des prestations indument attestées à charge de l'assurance obligatoire soins de santé (LC 14.07.1994, art. 142, §1^{er}, 1^o), soit 4.322,08 euros dont un tiers en amende effective (soit 1.440,69 euros) et deux tiers en amende assortie d'un sursis d'une durée de 3 ans (soit 2.881,39 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 (LC 14.07.1994, art. 142, §1^{er}, 2^o), soit 19.799,48 euros, dont la moitié en amende effective (soit 9.899,74 euros) et l'autre moitié en amende assortie d'un sursis d'une durée de 3 ans (soit 9.899,74 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 établis les trois griefs reprochés à Madame A. ;
- Condamne Madame A. à rembourser la valeur des prestations indues s'élevant à 22.380,87 euros (Loi SSI, art. 142, §1^{er}, 1^o et 2^o) ;
- Constate que ce montant de 22.380,87 euros a été totalement remboursé ;
- Condamne Madame A. à payer une amende administrative au titre des prestations non effectuées de 150% du montant des prestations indument attestées à charge de l'assurance obligatoire soins de santé (L.C. 14.07.1994, art. 142, §1^{er}, 1^o) soit 4.322,08 euros, assortie d'un sursis à hauteur des deux tiers d'une durée de 3 ans (soit une amende effective de 1.440,69 euros et une amende assortie d'un sursis d'une durée de 3 ans de 2.881,39 euros) ;
- Condamne Madame A. à payer une amende administrative au titre des prestations non conformes de 100% du montant des prestations indument attestées à charge de l'assurance obligatoire soins de santé (L.C. 14.07.1994, art. 142, §1^{er}, 2^o) soit 19.799,48 euros, assortie d'un sursis à hauteur de la moitié d'une durée de trois ans (soit une amende effective de 9.899,74 euros et une amende assortie d'un sursis d'une durée de trois ans de 9.899,74 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 (date de la signature).

Le Fonctionnaire-dirigeant,