

DECISION DU FONCTIONNAIRE-DIRIGEANT DU 16 OCTOBRE 2018  
BRS/F/18-13

Concerne : **Madame A.**  
**Praticienne de l'art infirmier**

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

## **1 GRIEFS FORMULES**

Quatre griefs ont été formulés concernant Madame A., infirmière, 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 d'avoir:

### Premier Grief

**rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer des documents réglementaires permettant le remboursement des prestations de santé lorsque les prestations n'ont pas été exécutées ou fournies.**

**Infraction visée à l'art 73bis, 1° de la loi ASSI coordonnée le 14 juillet 1994.**

Injections d'Hizentra (prestations techniques spécifiques) non effectuées

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

Nomenclature des prestations de santé,

**Art. 8. § 1er.**

### Prestations en cause

**425014** Première prestation de base de la journée de soins. Prestations effectuées au cours d'une séance de soins infirmiers au domicile ou à la résidence du bénéficiaire en semaine. **W 0,879**

**425375** *Honoraires forfaitaires par journée de soins comprenant un ou plusieurs des actes techniques spécifiques suivants :*

- *mise en place et/ou surveillance des perfusions (intraveineuses ou sous-cutanées);*

- *administration et/ou surveillance de l'alimentation parentérale; W 8,934 "*

**425412** Première prestation de base de la journée de soins. 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. **W 1,206**

**425773** *Honoraires forfaitaires par journée de soins comprenant un ou plusieurs des actes techniques spécifiques suivants :*

- *mise en place et/ou surveillance des perfusions (intraveineuses ou sous-cutanées);*

- *administration et/ou surveillance de l'alimentation parentérale; W 13,401 "*

Deuxième Grief

**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'article 73bis, 2° de la loi coordonnée le 14 juillet 1994.**

Déclassement FC en FB car deuxième passage non identifié au dossier.

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

Nomenclature des prestations de santé,

- Art 8 §1<sup>er</sup>

- Art 8 §3

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

**"§ 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."

- Art 8 §4, 2°

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

"2° Le contenu minimal du dossier infirmier comporte au moins :

- les données d'identification du bénéficiaire;

- l'échelle d'évaluation telle que prévue au § 5 chaque fois que la nomenclature l'exige;

- le contenu de la prescription telle que prévue au § 2 (copie ou transcription de la prescription en cas de dossier automatisé) chaque fois que la nomenclature l'exige;

- les données d'identification du prescripteur chaque fois que la nomenclature l'exige;

- **l'identification des soins infirmiers effectués au cours de chaque journée de soins;**

- **l'identification des praticiens de l'art infirmier qui ont dispensés ces soins;**

- la mention relative à la continence visée au § 6, 4°, chaque fois que la nomenclature l'exige."

"A.R. 27.3.2012" (en vigueur 1.6.2012) + "A.R. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014)

"Lorsque les soins infirmiers dispensés au bénéficiaire comportent des prestations techniques, décrites à la rubrique I, B du § 1<sup>er</sup>, 1°, 2°, 3°, 3<sup>°bis</sup> et 4° de cet article, le contenu minimal du dossier infirmier comporte alors, en plus des éléments du premier alinéa de cette disposition, également :"

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

"- la planification des soins;

- l'évaluation des soins;

Les éléments relevant concernant la planification et l'évaluation des soins mentionnées dans l'alinéa précédent doivent être mentionnés au moins tous les deux mois dans le dossier infirmier."

"A.R. 27.3.2012" (en vigueur 1.6.2012) + "A.R. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014)

"Lorsque les soins infirmiers dispensés au bénéficiaire comportent des soins de plaie(s) complexes, décrits au § 8, 1° de cet article, ou lorsque les soins sont dispensés dans le cadre des honoraires forfaitaires par journée de soins pour des patients lourdement dépendants, décrits à la rubrique II du § 1<sup>er</sup>, 1°, 2°, 3° et 3<sup>°bis</sup> de cet article, le contenu minimal du dossier infirmier comporte alors, en plus des éléments des deux premiers alinéas de cette disposition, également :"

(...)

Dans les hypothèses visées à l'alinéa 4, par dérogation à l'alinéa 3, les éléments relevant concernant la planification et l'évaluation des soins mentionnées dans le deuxième alinéa doivent être mentionnés au moins toutes les deux semaines dans le dossier infirmier."

(...)

- Art 8 §5,2°

"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 § 1<sup>er</sup>, 1°, 2°, 3° et 3<sup>bis</sup> et à la rubrique IV du § 1<sup>er</sup>, 1° et 2°:"**

(...)

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

+ "A.R. 22.11.2013" (en vigueur 1.1.2014)

"3° Les honoraires forfaitaires, visés à la rubrique II du § 1<sup>er</sup>, 1°, 2°, 3° et

3<sup>bis</sup> et à la rubrique IV du § 1<sup>er</sup>, 1° et 2° ne peuvent être attestés que si

les conditions suivantes sont réalisées :"

(...)

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

+ "A.R. 22.11.2013" (en vigueur 1.1.2014)

"b) le praticien de l'art infirmier tient un dossier qui correspond aux

dispositions du § 4, 2°;"

(...)

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

**"d) il faut au minimum deux visites par journée de soins pour pouvoir**

**attester le forfait C et forfait PC."**

(...)**Prestations en cause**

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

**"1° Prestations effectuées au cours d'une séance de soins infirmiers**

**au domicile ou à la résidence du bénéficiaire**

(...)

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

**"II. Honoraires forfaitaires par journée de soins pour des patients**

**lourdement dépendants."**

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

- dépendance pour le critère se laver et le critère s'habiller (score 3 ou 4), et

- dépendance pour le critère transfert et déplacements et le critère aller à la toilette (score 3 ou 4), et

- dépendance pour le critère continence et/ou pour le critère manger (score 3 ou 4) **W 7,371**

**425316** Honoraires forfaitaires, dits forfait C, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants:

- dépendance pour le critère se laver (score 4) et le critère s'habiller (score 4), et

- dépendance pour le critère transfert et déplacements (score 4) et le critère aller à la toilette (score 4), et

- dépendance pour le critère continence et pour le critère manger (pour laquelle un des deux critères obtient un score de 4, et l'autre un score de minimum 3) **W 10,083**

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

## **"2° Prestations effectuées au cours d'une séance de soins infirmiers**

**durant le week-end ou un jour férié au domicile ou à la résidence du**

**bénéficiaire.**

(...)

(...)

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

## **"II. Honoraires forfaitaires par journée de soins pour des patients**

**lourdement dépendants."**

**425692** Honoraires forfaitaires, dits forfait B, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants:

- dépendance pour le critère se laver et le critère s'habiller (score 3 ou 4), et

- dépendance pour le critère transfert et déplacements et le critère aller à la toilette (score 3 ou 4), et

- dépendance pour le critère continence et/ou pour le critère manger (score 3 ou 4) **W 10,944**

**425714** Honoraires forfaitaires, dits forfait C, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants:

- dépendance pour le critère se laver (score 4) et le critère s'habiller (score 4), et

- dépendance pour le critère transfert et déplacements (score 4) et le critère aller à la toilette (score 4), et

- dépendance pour le critère continence et pour le critère manger (pour laquelle un des deux critères obtient un score de 4, et l'autre un score de minimum 3) **W 15,017**

Troisième Grief

**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'article 73bis, 2° de la loi coordonnée le 14 juillet 1994.**

Suppléments palliatifs non conformes.

**Base réglementaire du grief (à l'époque de l'infraction)****Nomenclature des prestations de santé,****- Art 8 §1er****- Art 8 §4, 2°**

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

"2° Le contenu minimal du dossier infirmier comporte au moins :

- les données d'identification du bénéficiaire;
- l'échelle d'évaluation telle que prévue au § 5 chaque fois que la nomenclature l'exige;
- le contenu de la prescription telle que prévue au § 2 (copie ou transcription de la prescription en cas de dossier automatisé) chaque fois que la nomenclature l'exige;
- les données d'identification du prescripteur chaque fois que la nomenclature l'exige;
- l'identification des soins infirmiers effectués au cours de chaque journée de soins;
- l'identification des praticiens de l'art infirmier qui ont dispensés ces soins;
- la mention relative à la continence visée au § 6, 4°, chaque fois que la nomenclature l'exige."

"A.R. 27.3.2012" (en vigueur 1.6.2012) + "A.R. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014)

"Lorsque les soins infirmiers dispensés au bénéficiaire comportent des prestations techniques, décrites à la rubrique I, B du § 1<sup>er</sup>, 1°, 2°, 3°, 3<sup>bis</sup> et 4° de cet article, le contenu minimal du dossier infirmier comporte alors, en plus des éléments du premier alinéa de cette disposition, également :"

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

- "- la planification des soins;

- l'évaluation des soins;

Les éléments relevant concernant la planification et l'évaluation des soins mentionnées dans l'alinéa précédent doivent être mentionnés au moins tous les deux mois dans le dossier infirmier."

(...)

"A.R. 27.3.2012" (en vigueur 1.6.2012) + "A.R. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014)

*"Lorsque les soins infirmiers dispensés au bénéficiaire comportent des prestations spécifiques techniques de soins infirmiers, décrites à la rubrique III du § 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup>, 2<sup>o</sup>, 3<sup>o</sup> et 3<sup>bis</sup> de cet article, ou des soins de plaie(s) spécifiques, décrits au § 8, 1<sup>o</sup> de cet article ou d'autres prestations décrites au § 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup>, V, VI et VII et au § 1<sup>er</sup>, 2<sup>o</sup>, V et VI, ou lorsque les soins sont dispensés dans le cadre des honoraires forfaitaires par journée de soins pour les patients palliatifs, décrits à la rubrique IV du § 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup> et 2<sup>o</sup> de cet article, le contenu minimal du dossier infirmier comporte alors, en plus des éléments des deux premiers alinéas de cette disposition, également :"*

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

*"- les éléments spécifiques pour ces prestations fixés dans cet article.*

*Dans les hypothèses visées à l'alinéa 6, par dérogation à l'alinéa 3 et à l'exception des prestations du § 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup>, VI et VII, et du § 1<sup>er</sup>, 2<sup>o</sup>, VI, les éléments relevant concernant la planification et l'évaluation des soins mentionnées dans le deuxième alinéa **doivent être mentionnés au moins chaque semaine dans le dossier infirmier.***

*Pour ce paragraphe, la semaine s'entend du lundi 0 heure au dimanche 24 heures.*

***La planification et l'évaluation des soins doivent répondre, au niveau de leur contenu, à une directive fixée par le Comité de l'assurance soins de santé sur proposition de la Commission de conventions praticiens de l'art infirmier - organismes assureurs.***

**- Art 8 §5bis 5°**

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

a) garantisse la prise en charge permanente du patient (24 heures sur 24, 7 jours sur 7);

b) puisse faire appel à un praticien de l'art infirmier de référence avec connaissance en matière de soins palliatifs;

c) complète le dossier infirmier visé au § 4, 2° en particulier par les informations suivantes :

- enregistrement des symptômes;

- échelle de douleur;

- contacts avec la famille du patient;

- résultats des réunions de coordination.

d) - pour chaque honoraire forfaitaire attesté, les pseudo-codes suivants correspondants aux prestations effectuées pendant la journée de soins doivent, le cas échéant, être mentionnés complémentairement au numéro de nomenclature et aux pseudo-codes visés au § 5, 3°, c),

et

- pour chaque honoraire supplémentaire attesté, les pseudo-codes suivants correspondants aux prestations effectuées pendant la journée de soins doivent, le cas échéant, être mentionnés complémentairement au numéro de nomenclature :"

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

Prestation Pseudo-code N° INAMI du prestataire

Visite urgente (non planifiée), la journée, à la demande du patient 426510

Visite planifiée, la nuit 426532

Visite urgente (non planifiée), la nuit, à la demande du patient 426554

Contact avec le praticien de référence 426871

Réunion de concertation avec le médecin traitant 426893

Contact avec l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs 426915

Visite sans acte de la nomenclature 426930

Visite de minimum 1 heure (uniquement en cas d'attestation du forfait PN) 426952"

**- Arrêté Royal du 2 décembre 1999,**

- art 3

"Par « patient palliatif à domicile » dans le sens du présent arrêté il y a lieu d'entendre le patient :

1° qui souffre d'une ou plusieurs affections irréversibles;

2° dont l'évolution est défavorable, avec une détérioration sévère

généralisée de sa situation physique/psychique;

3° chez qui des interventions thérapeutiques et la thérapie revalidante n'influencent plus cette évolution défavorable;

4° pour qui le pronostic de(s) l'affection(s) est mauvais et pour qui le décès est attendu dans un délai assez bref (espérance de vie de plus de 24 heures et de moins de trois mois);

5° ayant des besoins physiques, psychiques, sociaux et spirituels importants nécessitant un engagement soutenu et long; le cas échéant, il est fait appel à des intervenants possédant une qualification spécifique et à des moyens techniques appropriés;

6° ayant l'intention de mourir à domicile;

7° et qui répond aux conditions mentionnées dans la formule annexée au présent arrêté."

- annexe 1

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

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

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

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

**Prestations en cause**

"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.**

(...)

**V. Honoraires supplémentaires par journée de soins pour les patients**

**palliatifs.**

427070 Honoraires supplémentaires, dits forfait PN, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire :

W 7,062 "

- pour lequel une ou plusieurs prestations visées sous I ou sous III de la présente rubrique ont été attestées, sans que le plafond journalier visé au § 4, 6° n'ait été atteint
- et qui répond à la définition de patient palliatif reprise au § 5bis, 1°

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

**"2° Prestations effectuées au cours d'une séance de soins infirmiers durant le week-end ou un jour férié au domicile ou à la résidence du bénéficiaire.**

(...)

**V. Honoraires supplémentaires par journée de soins pour les patients palliatifs.**

427151 Honoraires supplémentaires, dits forfaits PN, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire :

W 10,624 "

- pour lequel une ou plusieurs prestations visées sous I ou sous III de la présente rubrique ont été attestées, sans que le plafond journalier visé au § 4, 6° n'ait été atteint,
- et qui répond à la définition de patient palliatif reprise au § 5bis, 1°

#### Quatrième Grief

**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'article 73bis, 2° de la loi coordonnée le 14 juillet 1994.**

Dossiers infirmiers non conformes.

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

Nomenclature des prestations de santé,

**- Art 8 §1<sup>er</sup>**

**- Art 8 §3**

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

**"§ 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."

**- Art 8 §4, 2°**

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

"2° Le contenu minimal du dossier infirmier comporte au moins :

- les données d'identification du bénéficiaire;
- l'échelle d'évaluation telle que prévue au § 5 chaque fois que la nomenclature l'exige;
- le contenu de la prescription telle que prévue au § 2 (copie ou transcription de la prescription en cas de dossier automatisé) chaque fois que la nomenclature l'exige;
- les données d'identification du prescripteur chaque fois que la nomenclature l'exige;
- l'identification des soins infirmiers effectués au cours de chaque journée de soins;
- l'identification des praticiens de l'art infirmier qui ont dispensés ces soins;
- la mention relative à la continence visée au § 6, 4°, chaque fois que la nomenclature l'exige."

"A.R. 27.3.2012" (en vigueur 1.6.2012) + "A.R. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014)

"Lorsque les soins infirmiers dispensés au bénéficiaire comportent des prestations techniques, décrites à la rubrique I, B du § 1<sup>er</sup>, 1°, 2°, 3°, 3<sup>°bis</sup> et 4° de cet article, le contenu minimal du dossier infirmier comporte alors,

en plus des éléments du premier alinéa de cette disposition, également :"

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

"- la planification des soins;

- l'évaluation des soins;

Les éléments relevant concernant la planification et l'évaluation des soins mentionnées dans l'alinéa précédent doivent être mentionnés au moins tous les deux mois dans le dossier infirmier."

"A.R. 27.3.2012" (en vigueur 1.6.2012) + "A.R. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014)

"Lorsque les soins infirmiers dispensés au bénéficiaire comportent des soins de plaie(s) complexes, décrits au § 8, 1° de cet article, ou lorsque les soins sont dispensés dans le cadre des honoraires forfaitaires par journée de soins pour des patients lourdement dépendants, décrits à la rubrique II du § 1<sup>er</sup>, 1°, 2°, 3° et 3<sup>bis</sup> de cet article, le contenu minimal du dossier infirmier comporte alors, en plus des éléments des deux premiers alinéas de cette disposition, également :"

(...)

Dans les hypothèses visées à l'alinéa 4, par dérogation à l'alinéa 3, **les éléments relevant concernant la planification et l'évaluation des soins mentionnées dans le deuxième alinéa doivent être mentionnés au moins toutes les deux semaines dans le dossier infirmier."**

(...)

**- Art 8 §5°**

"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 § 1<sup>er</sup>, 1°, 2°, 3° et 3<sup>bis</sup> et à la rubrique IV du § 1<sup>er</sup>, 1° et 2°:"

(...)

"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)

"3° Les honoraires forfaitaires, visés à la rubrique II du § 1<sup>er</sup>, 1°, 2°, 3° et 3<sup>bis</sup> et à la rubrique IV du § 1<sup>er</sup>, 1° et 2° ne peuvent être attestés que si

les conditions suivantes sont réalisées :"

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

+ "A.R. 22.11.2013" (en vigueur 1.1.2014)

(...)

"b) le praticien de l'art infirmier tient un dossier qui correspond aux

dispositions du § 4, 2°;"

(...)

### **Prestations en cause**

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

#### **"1° Prestations effectuées au cours d'une séance de soins infirmiers**

##### **au domicile ou à la résidence du bénéficiaire**

(...)

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

#### **"II. Honoraires forfaitaires par journée de soins pour des patients**

##### **lourdemment dépendants."**

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

- dépendance pour le critère se laver et le critère s'habiller (score 3 ou 4), et
- dépendance pour le critère transfert et déplacements et le critère aller à la toilette (score 3 ou 4), et
- dépendance pour le critère continence et/ou pour le critère manger (score 3 ou 4) **W 7,371**

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

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

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

#### **"2° Prestations effectuées au cours d'une séance de soins infirmiers**

##### **durant le week-end ou un jour férié au domicile ou à la résidence du**

##### **bénéficiaire.**

(...)

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

## "II. Honoraires forfaitaires par journée de soins pour des patients

### lourdement dépendants."

**425692** Honoraires forfaitaires, dits forfait B, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants:

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

**425670** Honoraires forfaitaires, dits forfait A, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants:

- dépendance pour le critère se laver et le critère s'habiller (score 3 ou 4), et
- dépendance pour le critère transfert et déplacements et/ou le critère aller à la toilette (score 3 ou 4) **W 5,71**

Pour ces griefs, l'indu total a été évalué à 30.487,33 €.

Madame A. a procédé au remboursement partiel de l'indu, soit 2.250 €, par tranches de 250,00 € en date des 22 juin 2017, 14 juillet 2017, 9 août 2017, 10 octobre 2017, 22 juin 2018, 16 juillet 2018 (deux fois), 13 août 2018 et 10 octobre 2018.

## 2 DISCUSSION

### 1. Quant au fond

#### Premier grief

Madame A. a reconnu son erreur.

Elle a déjà remboursé 2.250,00 € sur les 2.736, 53 €, constituant l'indu du premier grief.

#### Deuxième grief

Cas de Monsieur B.

#### Position de Madame A.

Les arguments de l'avocat sont les suivants :

*« Il est reproché à Madame A. d'avoir porté en compte à l'assurance soins de santé des prestations 425316 et 425714 en forfait C.*

*En effet, le second passage journalier chez la patiente ne serait pas identifié dans le dossier « infirmier » pour toute l'année 2015 jusqu' au mois de mars 2016.*

*Vous fondez vos constatations sur un simple contact téléphonique que vos services d'inspection ont eu avec Madame C. le 23/01/2017 à 12h30, fille du patient.*

*Cette dame n'a jamais confirmé ce qu'elle aurait dit au téléphone dans une audition.*

*Par ailleurs lorsque vos services ont entendu Mr D. le 20/03/2017, ce dernier a précisé que « les infirmières font les soins tous les matins et sont disponibles sur appel soir ».*

*Cela signifie donc bien qu'à tout le moins, les infirmières sont déjà passées le soir comme précisé.*

*J'attire également votre attention sur le fait que la retranscription de la conversation téléphonique que vos services ont eu avec Mme C. ne saurait être exacte .... ».*

### Position du Service

Suite à cette dernière remarque, le Service tient, tout d'abord, à rappeler que le constat d'entretien téléphonique du 23.01.2017 avec Madame C., fille de l'assuré, fut dressé par un agent assermenté.

L'affirmation de la fille de l'assuré était formelle :

*« ... Il y a un passage infirmier par jour, le matin. Les infirmières ne repassent jamais le soir. ... ».*

Le 20.03.2017, les infirmières-contrôleuses du SECM se sont rendues au domicile de Madame C. A la relecture du constat d'entretien téléphonique, celle-ci a déclaré ne pas avoir menti (p 29/38 de la note de synthèse).

Au PVC, cette période a été retenue parce que le deuxième passage n'est pas identifié au dossier ni le praticien infirmier qui l'a effectué en 2015 et ce, jusque fin mars 2016.

Au vu de tous ces éléments, le Service considère que le deuxième grief est établi.

### Troisième grief

Cas de Mesdames E et F

Il est reproché à Madame A. d'avoir porté en compte à l'assurance soins de santé des prestations 427070 et 427151 non conformes.

En effet, la tenue du dossier infirmier ne répond pas aux exigences de la nomenclature des soins de santé en la matière. Les éléments relevant concernant la planification et l'évaluation des soins ne sont pas mentionnés au moins chaque semaine dans le dossier infirmier.

Il n'y a aucun résultat des réunions de coordination au dossier ni les contacts avec la famille. Aucun pseudo-code n'a d'ailleurs été mentionné dans la facturation. Les échelles de la douleur ont été ajoutées *a posteriori* aux dossiers de 2015 et 2016 et on ne retrouve pas un enregistrement des symptômes.

### Position de Madame A.

*... «Il est reproché de ne pas avoir indiqué dans le dossier une planification et une évaluation de soins chaque semaine. Pourtant, qu'indiquer de plus lorsque le soin est une simple toilette.*

*Vous trouverez dans les dossiers les mentions de chaque problème rencontré.*

*Le médecin-traitant de Madame E. indiquait, dans le dossier infirmier, ses différents passages et des contacts téléphoniques étaient systématiquement faits lorsqu'il y avait un problème. Par ailleurs, Madame A. a eu plusieurs contacts téléphoniques avec l'infirmière de l'oncologue de la patiente. Elle voyait son oncologue toutes les semaines. Elle n'avait pas de famille qui pouvait être impliquée dans les réunions. Ces différents contacts peuvent s'assimiler à une réunion de coordination.*

*En ce qui concerne Madame F., il n'y avait jamais de contact avec le médecin traitant car la patiente ne voyait que son oncologue, tous les mois. Madame F. avait des contacts avec l'infirmière de ce médecin. Madame F. n'avait pas de famille intéressée par ses soins. Les différents contacts avec l'oncologue peuvent s'assimiler à des réunions de coordination.»*

### Position du Service

Les observations transmises par email du 26.04.2017 sont des déclarations *a posteriori*. Madame A. revient sur les propos recueillis lors de son audition du 14.03.2017, *in tempore non suspecto*.

Les soins palliatifs, au sens de la réglementation ASSI, ne sont pas prévus lorsque le soin se résume à une simple toilette.

De plus, dans le cas de Madame E., la prestataire de soins avait d'ailleurs rempli le verso d'une demande palliative en biffant la mention «*décès attendu dans les 3 mois* » à soumettre au médecin.

Si Madame A. avait des contacts, elle devait les consigner dans son dossier.

Il lui est reproché également de ne pas avoir de résultats des réunions notés aux dossiers infirmiers.

Au vu des éléments recueillis lors de l'enquête, le Service considère que le troisième grief est établi.

### Quatrième grief

Dans les deux cas du quatrième grief, c'est la non conformité du dossier infirmier qui est reprochée à Madame A.

### Position de Madame A.

Les scores, appliqués par le Service, ne peuvent, en aucun cas, être repris pour toutes les périodes litigieuses puisque l'état des patientes a évolué.

### Position du Service

Ce qui est reproché au grief 4, c'est la non tenue du dossier infirmier (et non un déclassement pour toute la période).

Les éléments relevant concernant la planification et l'évaluation des soins ne sont pas mentionnés, au moins toutes les deux semaines, dans le dossier infirmier comme exigé à l'article 8 § 4 de la Nomenclature.

En 2016, le dossier infirmier ne contient aucune fiche d'observation ni de fiche de transmissions infirmières.

Au vu des éléments recueillis lors de l'enquête, le Service considère que le quatrième grief est établi.

## **2. Quant à l'indu**

Pour les quatre griefs, l'indu total s'élève à 30.487,33 €.

Madame A. a procédé au remboursement partiel de l'indu, soit 2.250 €, par tranches de 250,00 € en date des 22 juin 2017, 14 juillet 2017, 9 août 2017, 10 octobre 2017, 22 juin 2018, 16 juillet 2018 (deux fois), 13 août 2018 et 10 octobre 2018.

## **3. Quant aux amendes administratives**

### **Législation applicable**

Les prestations litigieuses ont été introduites auprès des organismes assureurs entre le 8 janvier 2015 et le 31 juillet 2016.

Les sanctions applicables sont visées à l'article 142, §1, 1° et 2° de la loi ASSI qui stipule :

*« §1<sup>er</sup>. Sans préjudice d'éventuelles sanctions pénales et/ou disciplinaires, les mesures suivantes sont appliquées aux dispensateurs de soins et assimilés qui ne se conforment pas aux dispositions de l'article 73 bis :*

*1<sup>re</sup> remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé et une amende administrative comprise entre 50 % et 200 % du montant du remboursement en cas d'infraction aux dispositions de l'article 73bis, 1°*

*2° le remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé et/ou une amende administrative comprise entre 5 % et 150 % du montant du remboursement en cas d'infraction aux dispositions de l'article 73bis, 2°.*

### **Quant au montant des amendes administratives**

En l'espèce, le Service d'évaluation et de contrôle médicaux estime nécessaire de prononcer des amendes administratives à charge de Madame A. et ce, pour chaque type de grief.

Pour établir le *quantum* des amendes, il est tenu compte des éléments suivants :

Madame A. n'a pas d'antécédents au sein du Service.

Une partie de l'indu a été remboursée.

Madame A. a porté en compte à l'assurance obligatoire soins de santé des prestations qui n'ont pas été effectuées. Cette infraction est la plus grave qui puisse être reprochée à un dispensateur de soins.

La prestataire a également porté en compte à l'assurance des prestations non conformes.

Ce comportement est inacceptable dans le chef d'un dispensateur de soins, habilité à porter des prestations en compte à l'assurance obligatoire. Les responsabilités que les dispensateurs assument dans ce cadre justifient que l'on attende d'eux un minimum de rigueur et de probité, qui ont fait défaut, en l'espèce.

Ce comportement est également inexcusable au regard de la formation et de l'expérience professionnelle de Madame A.

Les agissements de Madame A. sont, non seulement, de nature à miner l'équilibre financier de l'assurance obligatoire mais également de nature à ébranler la confiance légitime que les assurés sociaux et la collectivité, dans son ensemble, accordent aux dispensateurs de soins.

Le montant indu qui en est résulté pour l'assurance obligatoire, soit 30.487,33 €, est important.

En tenant compte de tous ces éléments, le Fonctionnaire-dirigeant a décidé d'infliger une amende de 150% pour le 1<sup>er</sup> grief, le plus grave, soit 4.104,79 € dont 100% (**2.736,53 €**) en amende effective et 50% (1.368,26 €) en amende assortie d'un sursis de trois ans.

Pour les 2<sup>ème</sup>, 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> griefs, relatifs à des prestations non conformes, l'amende infligée sera de 100% soit **27.750,80 €**, amende assortie d'un sursis total de trois ans.

**PAR CES MOTIFS,**

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994,

**APRES EN AVOIR DELIBERE,**

Le Fonctionnaire-dirigeant du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité :

- Déclare les quatre griefs établis ;
- Condamne Madame A. à rembourser la valeur des prestations indues s'élevant à 30.487,33 € ;
- Constate que Madame A. a remboursé la somme de 2.250,00 € ;
- Condamne Madame A. à payer une amende de 150% pour le premier grief, soit 4.104,79 € dont 100% (**2.736,53 €**) en amende effective et 50% (1.368,26 €) en amende assortie d'un sursis de trois ans ;
- Condamne Madame A. à payer une amende de 100% pour les deuxième, troisième et quatrième griefs, soit 27.750, 80 €, amende assortie d'un sursis total de trois ans ;
- 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 16 octobre 2018

Le Fonctionnaire – dirigeant f.f.,

Dr Philip Tavernier  
Médecin-directeur général f.f.