

DECISION DU FONCTIONNAIRE-DIRIGEANT - 20 JUIN 2011
BRS/F/11-004

**Madame A.
accoucheuses praticiens de l'art infirmier - Infirmières graduées et assimilées**

**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

Deux griefs ont été formulés à l'encontre de 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 :

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

Infraction visée à l'article 73bis 1° de la loi coordonnée le 14 juillet 1994.

Base réglementaire du grief :

NPS Art 8 §1

Prestations en cause :

| | | | |
|--|--|---------------|---------------|
| « Chapitre III. Soins courants | | | |
| Section 4. Soins donnés par infirmières graduées ou assimilées, accoucheuses, infirmières brevetées, hospitalières/assistantes en soins hospitaliers ou assimilées | | | |
| Art. 8, § 1^{er}. Les prestations suivantes sont considérées comme des prestations qui requièrent la qualification d'infirmière graduée ou assimilée, d'accoucheuse, d'infirmière brevetée, d'hospitalière/assistante en soins hospitaliers ou assimilée, appelées ci-après praticiens de l'art infirmier (W) | | | |
| Code | Libellé | Lettre | Coeff |
| 1° Prestations effectuées au cours d'une séance de soins infirmiers au domicile ou à la résidence du bénéficiaire | | | |
| 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 |
| 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 | | | |
| 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 |

Ce grief concerne un seul cas pour lequel des prestations de soins infirmiers reprises à l'article 8 § 1^{er} de la nomenclature ont été portées en compte à l'assurance au nom

d'une bénéficiaire pendant une période où celle-ci se trouvait en vacances à l'étranger.

Le grief se fonde sur les déclarations de la bénéficiaire et sur les déclarations de Mme A. qui reconnaît avoir commis une erreur de facturation.

L'infraction a été constatée pour 15 honoraires forfaitaires de type B (11x425294 et 4 x 425692) introduits au remboursement à l'O.A. le 30/09/2009.

L'indu généré par ce grief s'élève à 512,34 €, lequel a été totalement remboursé par Mme A. en date du 16/07/2010.

Grief 2 : Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer des documents réglementaires visés dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans ladite loi, ses arrêtés d'exécution ou les conventions ou accords conclus en vertu de cette même loi.

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

Base réglementaire du grief

- NPS Art8 §1^{er}, 1° et 2°
- NPS Art8 §5, 1°

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

1° La dépendance physique visée à la rubrique II du § 1^{er}, 1°, 2° (...) est évaluée sur base de l'échelle d'évaluation reprise ci-après :(...)

a) Se laver

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

b) S'habiller

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

c) Transfert et déplacements

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

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

d) Aller à la toilette

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

(2) A besoin d'aide pour un des trois items : se déplacer ou s'habiller ou s'essuyer;

(3) A besoin d'aide pour deux des trois items : se déplacer et/ou s'habiller et/ou s'essuyer;

(4) A besoin d'aide pour les trois items : se déplacer et s'habiller et s'essuyer

e) Continence

(1) Est continent pour les urines et les selles;

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

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

(4) Est incontinent pour les urines et les selles.

f) Manger

(1) Est capable de manger et de boire seul;

(2) A besoin d'une aide préalable pour manger ou boire;

(3) A besoin d'une aide partielle pendant qu'il mange ou boit;

(4) le patient est totalement dépendant pour manger et boire. (...) »

- Directives pour l'utilisation de l'échelle d'évaluation (d'application à partir du 01/06/2006) énoncées par le Service des soins de santé et diffusées par le biais de la circulaire n° 2006/3 sous références 1240/OMZ-CIRC/INF-06-3F datée du 01.06.2006.

Prestations en cause :

| | | | |
|--|--|---------------|--------------|
| Chapitre III. Soins courants | | | |
| Section 4. Soins donnés par infirmières graduées ou assimilées, accoucheuses, infirmières brevetées, hospitalières/assistantes en soins hospitaliers ou assimilées | | | |
| Art. 8, § 1^{er}. Les prestations suivantes sont considérées comme des prestations qui requièrent la qualification d'infirmière graduée ou assimilée, d'accoucheuse, d'infirmière brevetée, d'hospitalière/assistante en soins hospitaliers ou assimilée, appelées ci-après praticiens de l'art infirmier (W) | | | |
| Code | Libellé | Lettre | Coeff |
| 1° Prestations effectuées au cours d'une séance de soins infirmiers au domicile ou à la résidence du bénéficiaire | | | |
| 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 | W | 7,371 |

| | | | |
|--|---|---|--------|
| | 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) | | |
| 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 | | | |
| 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 |

Le grief concerne deux cas d'assurés pour lesquels la prestataire a porté en compte des forfaits de type B alors qu'il ressort clairement des déclarations des bénéficiaires ainsi que des scores attribués aux différents items par les médecins-traitants respectifs et des constats établis par le Service d'évaluation et de contrôle médicaux que plusieurs scores de dépendance n'étaient pas atteints.

Premier cas

Les scores de dépendance qui auraient dû être attribués en l'espèce sont 3-2-1-2-2-1 et ne correspondent ni à un forfait B ni à un forfait A mais bien à une toilette. L'infraction a été constatée pour la période d'introduction à l'O.A. du 01/12/2007 au 31/10/2008.

Le grief est formulé pour 333 prestations, à savoir 228 prestations 425294 W 7,371 et 105 prestations 425692 W 10,944 qui auraient dû être attestées respectivement comme suit : 26 x 423076, 15 x 423275, 221 x 425014, 26 x 425036, 221 x 425110, 7 x 425390, 103 x 425412, 15 x 425434, 103 x 425515, et 2 x 425795, à concurrence d'un indu différentiel de 7.788.92 €.

Second cas

Les scores de dépendance qui auraient dû être attribués en l'espèce sont 3-3-2-3-3-2 et ne correspondent donc pas à un forfait B mais bien à un forfait de type A. L'infraction a été constatée pour la période d'introduction à l'O.A. du 01/12/2007 au 31/10/2008.

Le grief est formulé pour 335 prestations, à savoir 230 prestations 425294 W 7,371 et 105 prestations 425692 W 10,944 qui auraient dû être attestées sous les codes

relatifs aux honoraires forfaitaires A, à savoir 230 x 425272 W3.825 en semaine et 105 x 425670 W5.710 les WE et jours fériés, à concurrence d'un indu différentiel de 5.398.82€.

En conclusion, l'indu différentiel total pour le deuxième grief s'élève à 13.178,74€. Les faits cités sous ce grief sont contestés et aucun remboursement n'est intervenu.

Pour les deux griefs, l'indu total a été évalué à 13.691,08€.

Madame A. a procédé au remboursement partiel (512,34 € relatif au 1^{er} grief) de l'indu le 16/07/2010.

2 DISCUSSION

1. Fondement des griefs

Quant au premier grief

Attendu que dans le cas de l'assurée B., Madame A. reconnaît avoir porté en compte au nom de cette bénéficiaire des soins pendant une période où celle-ci se trouvait en vacances à l'étranger.

Que Mme A. ne conteste pas la matérialité du grief ;

Qu'elle a par ailleurs, en date du 16/07/2010, spontanément remboursé le montant de l'indu généré par ce grief à savoir un montant de 512,34 euros.

Attendu que Mme A. invoque une simple erreur de facturation due à un certain automatisme ;

Que le caractère litigieux des prestations retenues à grief est par ailleurs également confirmé par les déclarations de l'assurée.

Que le grief doit donc être déclaré établi.

Quant au second grief

Attendu que ce grief fait l'objet d'une contestation de la part de Mme A. ;

Que par lettre du 28/03/2011, celle-ci a, à cet effet, fait parvenir au SECM ses moyens de défense en réponse à la note de synthèse lui transmise le 31/01/2011 ;

Qu'elle soutient avoir établi, de bonne foi et sur base des éléments qu'elle avait pu personnellement constater, les forfaits conformément à la législation applicable.

Qu'elle souligne la subjectivité inévitable dans l'évaluation d'une situation sur base des critères figurant à l'échelle de Katz et pouvant donner lieu à l'application des forfaits.

Qu'elle donne pour preuve que dans chacun des ceux cas, l'évaluation du SECM est tantôt plus favorable, tantôt moins favorable que l'évaluation faite par les médecins-traitants respectifs en ce qui concerne certains critères.

Qu'elle en conclut que rien ne permet de rejeter de manière certaine la cotation qu'elle a retenue.

Attendu toutefois que nonobstant les arguments invoqués par Mme A., il y a lieu de relever que :

Les dispositions de l'art. 8, §1^{er} et § 5, 1° de la NPS exigent, pour les forfaits B, une cotation de dépendance de 3 ou de 4 pour le critère se laver, le critère s'habiller, le critère transfert et le critère aller à la toilette ainsi que 3 ou 4 pour le critère continence et/ou le critère manger.

Que s'il est vrai que l'évaluation de l'état de dépendance d'une personne sur base des critères visés à l'échelle de Katz comporte un certain degré de subjectivité de la part de celui qui est amené à en juger, il n'en reste pas moins vrai que dans les deux cas cités à grief, les cotations attribuées tant par les médecins-traitants que par les médecins-inspecteurs du SECM¹ vont à rencontre de l'évaluation établie par Mme A.

Que la légère divergence entre les cotations attribuées d'une part par les Docteurs C. et D., médecins-traitants des bénéficiaires et d'autre part par les médecins-inspecteurs du SECM n'a pas d'incidence sur ce point.

Qu'il en ressort clairement que les forfaits attestés ne correspondaient pas au niveau de dépendance constaté pour les assurés concernés.

Que les déclarations des bénéficiaires elles-mêmes ainsi que l'ensemble des éléments du dossier ne font par ailleurs que corroborer les constats des enquêteurs.

Qu'en conséquence, le grief doit être déclaré établi.

2. Indu

Attendu que les griefs sont fondés et qu'il y a donc lieu d'ordonner le remboursement des débours indus que ceux-ci ont engendrés pour l'assurance obligatoire soins de santé et ce, conformément à l'article 142, §1^{er}, 2° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

1

Mme E.

| Katz | Mme A. | Dr C. | Cotation SECM |
|------------|-----------|-----------------------|-----------------|
| Se laver | 4 | 1 | 3 |
| S'habiller | 4 | 1 | 2 |
| Transfert | 3 | 2 | 1 |
| Toilette | 3 | 1 | 2 |
| Continence | 3 | 1 | 2 |
| Manger | 3 | 1 | 1 |
| | Forfait B | Pas de soin d'hygiène | 1 Toilette/jour |

Mme B.

| Katz | Mme A. | Dr D. | Cotation SECM |
|------------|-----------|-----------|---------------|
| Se laver | 4 | 3 | 3 |
| S'habiller | 4 | 3 | 3 |
| Transfert | 3 | 3 | 2 |
| Toilette | 3 | 3 | 3 |
| Continence | 3 | 2 | 3 |
| Manger | 3 | 2 | 2 |
| | Forfait B | Forfait A | Forfait A |

Que cet indu a été fixé par le Service d'évaluation et de contrôle médicaux à 13.691,08 euros.

Que le fonctionnaire-dirigeant acte toutefois que Mme A. a, en date du 16 juillet 2010, procédé au remboursement d'une somme de 512,34 euros correspondant à l'indu relatif au 1^{er} grief.

Qu'en conséquence, le montant de l'indu dont Mme A. reste redevable s'élève à 13.178,74 euros.

Qu'il y a lieu d'en ordonner le remboursement.

3. Sanction administrative

Attendu qu'en ce qui concerne le premier grief (prestations non effectuées), certains éléments peuvent être retenus en faveur de Mme A.;

Que son absence totale de volonté de fraude à l'assurance en est un ;

Qu'il ne s'agit en effet manifestement que d'une erreur commise de bonne foi dans l'établissement de sa facturation.

Que cette erreur est ponctuelle et n'a rien de systématique.

Qu'elle ne touche qu'une seule bénéficiaire et ne porte que sur une très courte période.

Que Mme A. a par ailleurs spontanément procédé au remboursement de l'indu généré par ce grief.

Qu'en égard à l'ensemble de ces éléments, il est justifié de prononcer à l'égard de Mme A., une amende administrative s'élevant à 50% du montant de l'indu (512,34 euros), soit une amende de 256,17 euros, assortie d'un sursis de trois ans pour sa totalité.

Attendu qu'en ce qui concerne le second grief (prestations non conformes), il convient de rappeler que Mme A., en sa qualité de collaborateur à l'assurance obligatoire soins de santé, se doit de respecter scrupuleusement les lois et règlements qui lui sont applicables et notamment la nomenclature des prestations de santé ;

Qu'à cet égard, Mme A. a manqué de justesse dans son appréciation quant à l'état de dépendance des deux bénéficiaires concernés en attribuant systématiquement une cotation de 3 ou 4 aux différents items repris à l'échelle de Katz ;

Qu'il s'en est suivi une facturation de forfaits B qui n'était en rien justifiée ;

Que les critères à respecter sont de stricte interprétation et que s'ils peuvent, dans certains cas, donner lieu à des interprétations divergentes, il n'en reste pas moins qu'en l'espèce, tant les constats des médecins-traitants des bénéficiaires que les constats des médecins-inspecteurs du SECM contredisent l'évaluation de Mme A.

Qu'en conséquence, il y a également lieu de prononcer une amende administrative à charge de Mme A.;

Que pour fixer le montant de celle-ci, il y a toutefois lieu de tenir compte du fait que c'est en toute bonne foi que Mme A. a évalué l'état de dépendance de ses patientes ;

Que celle-ci n'a en outre pas d'antécédents au sein du Service d'évaluation et de contrôle médicaux ;

Que le montant de l'indu généré par ce grief n'est toutefois pas une somme négligeable ;

Qu'en conséquence, il est décidé d'infliger à Mme A. une amende administrative fixée à 50% du montant de l'indu généré par ce grief (13.178,74 euros), soit une amende de 6.589,37 euros, assortie d'un sursis de trois ans pour la moitié de celle-ci.

PAR CES MOTIFS,

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

APRES EN AVOIR DELIBERE,

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

Déclare les griefs établis ;

- Condamne Madame A. à rembourser la valeur des prestations indues s'élevant à **13.178,74 euros** ;
- Condamne Madame A. au paiement d'une amende administrative fixée à 50% de la valeur des prestations non effectuées soit 256,17 euros, assortis d'une mesure de sursis d'une durée de trois ans pour la totalité.
- Condamne Madame A. au paiement d'une amende administrative fixée à 50% de la valeur des prestations non conformes (13.178,74 €), soit une amende de 6.589,37 euros, dont la moitié en amende effective (3.294,69 euros) et la moitié assortie d'un sursis de trois ans (3.294,69 euros).

Ainsi décidé à Bruxelles le 20 juin 2011,
Par le Fonctionnaire-dirigeant du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité.

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