

DECISION DU FONCTIONNAIRE-DIRIGEANT DU 4 JUILLET 2017
BRS-F-17-010

Concerne **A.**

Praticiens de l'art infirmier

S... B.

I. GRIEFS FORMULES

5 griefs ont été formulés (voir pour le détail la note de synthèse précitée) concernant Monsieur A , suite à l'enquête menée par les inspecteurs du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI

En résumé, il lui est reproché

1.1 Grief n°1

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

Prestations non effectuées chez 2 assurés

1.1.1 Prestations en cause

SECTION 4 - Soins donnés par des infirmiers gradués ou assimilés, des accoucheuses, des infirmiers brevetés, des hospitaliers/assistants en soins hospitaliers ou assimilés "Art 8. § 1er Les prestations suivantes sont considérées comme des prestations qui requièrent la qualification d'infirmier gradue ou assimilé, d'accoucheuse, d'infirmier breveté, d'hospitalier/assistant en soins hospitaliers ou assimilé, appelés ci-après praticiens de l'art infirmier (VV) ()		
1° Prestations effectuées au cours d'une séance de soins infirmiers au domicile ou à la résidence du bénéficiaire		
VIII		
428035	valorisation des prestations multiples et contraignantes chez les patients très dépendants	W 0,134
2° Prestations effectuées au cours d'une séance de soins infirmiers durant le week-end ou un jour férié au domicile ou à la résidence du bénéficiaire.		
I Séance de soins infirmiers		
A. Prestation de base.		
425412	Première prestation de base de la journée de soins	W 1,206
B Prestations techniques de soins infirmiers		
425515	Soins d'hygiène (toilettes)	W 1,754
VII		
428050	valorisation des prestations multiples et contraignantes chez les patients tres dépendants	W 0,134

1.1.2 Base légale du grief

La base 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 une « attestation de soins donnés » est établie et signée par le dispensateur de soins, selon la procédure définie à l'art 53, alinéa 1er de la loi coordonnée le 14/07/1994 qui dispose :

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

1.1.3 Cas retenus

Le grief est formulé dans 2 cas d'assurés

Remarque générale pour ces 2 assurés

Lors de l'audition du 10/11/2015, 2 feuilles manuscrites furent soumises à Mr A

A la suite de quoi, Mr A a déclaré

« () Vous me montrez une copie d'un document et me demandez pour quoi il était utilisé

Je reconnais mon écriture et reconnais qu'il s'agit d'une feuille de route, avec description des soins pour différents patients (...) Cette feuille de route était destinée à une de mes collaboratrices (.)

Cette feuille explique les soins qui sont réalisés chez différents patients. Ce genre de feuille est utilisé aussi bien entre moi et ma compagne qu'entre moi et l'aide-soignante. A ma demande vous m'expliquez avoir reçu cette « feuille de tournée » d'une aide-soignante que vous avez interrogée (.) »

Le SECM utilisera une partie du contenu de ces feuilles pour établir le grief

1.1.3.1 Cas C.

Le grief porte sur des prestations « *valorisation des prestations multiples et contraignantes chez les patients très dépendants* » - code semaine 428035 et code weekend ou jour férié 428050 - portés en compte indûment du 01/01/2014 au 30/06/2014 et introduites au remboursement du 28/02/2014 au 31/07/2014

Un extrait de la « feuille de tournée » partiellement scannée ci-après, mentionne, après le nom de l'assuré

PL Nour en l'honneur de MAT (81 8A) (8A 8A)
 à venir - vendredi il va au centre. donc pas faire l'insuline aide soignante.
 JTC + Dégénération + Dox + insuline
 JTC + Dégénération + Dox + insuline + pantoufle.

Indu

PRESTATION	VALEUR	NOMBRE	INDU
428035	0,60 €	124	74,40 €
428050	0,60 €	57	34,20 €
TOTAUX		181	108,60 €

1.1.3.2 Cas D.

Le grief porte sur des prestations de soins d'hygiène (toilette) - code weekend ou jour férié 425515- et les 1^{ères} prestations de base y afférentes - code weekend ou jour férié 425412 - attestées indûment les samedis et dimanches du 01/01/2014 au 30/06/2014 et introduites au remboursement auprès de l'OA du 28/02/2014 au 31/07/2014.

Remarque

Lors de l'audition du 10/11/2015, 2 feuilles manuscrites furent soumises à Mr A

A la suite de quoi, Mr A déclare :

« (..) Vous me montrez une copie d'un document et me demandez pour quoi il était utilisé.

Je reconnais mon écriture et reconnais qu'il s'agit d'une feuille de route, avec description des soins pour différents patients (..) Cette feuille de route était destinée à une de mes collaboratrices (..) »

Cette feuille explique les soins qui sont réalisés chez différents patients. Ce genre de feuille est utilisé aussi bien entre moi et ma compagne qu'entre moi et l'aide-soignante. A ma demande vous m'expliquez avoir reçu cette « feuille de tournée » d'une aide-soignante que vous avez interrogée (...) »

Un extrait de la « feuille de tournée » partiellement scannée ci-après, mentionne, après le nom de l'assuré

TA + Toilette pied si nec.
 (PAS Samedi Dimanche)

... et Pa

Indu .

PRESTATIONS	VALEUR	NOMBRE	INDU
425412	4,05	52	210,60 €
425515	5,89	52	306,28 €
TOTAUX		104	516,88 €

1.1.4 Récapitulatif de l'indu du grief

CAS	ASSURÉ	425412	425515	428035	428050	TOTAL GÉNÉRAL
1	C			124	57	108,60 €
2	D	52	52			516,88 €
sous-totaux		52	52	124	57	
TOTAUX		285				625,48 €

L'indu pour ce grief est donc **de 625,48 €** pour nombre de 285 prestations

1.2 Grief n°2

Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer les 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 la présente loi, ses arrêtés d'exécution ou les conventions ou accords conclus en vertu de cette même loi, grief prévu à l'article 73 bis, 2° de la loi ASSI, s'agissant de prestations de soins d'hygiène non attestables au sens de l'article 8°, §6, 8° de la nomenclature (toilettes incomplètes) et d'honoraires forfaitaires non attestables 8, §5, 3° dans la mesure où le soin d'hygiène était incomplet.

En l'espèce il s'agit de prestations de l'article 8 § 1^{er} 1° I II IV, 2° I II IV de la nomenclature, portées en compte au nom de 5 assurés, qui ont tous déclaré que leur soin d'hygiène était incomplet

1.2.1 Prestations en cause

SECTION 4 - Soins donnés par des infirmiers gradués ou assimilés, des accoucheuses, des infirmiers brevetés, des hospitaliers/assistants en soins hospitaliers ou assimilés		
Art 8 § 1er Les prestations suivantes sont considérées comme des prestations qui requièrent la qualification d'infirmier gradué ou assimilé, d'accoucheuse, d'infirmier breveté, d'hospitalier/assistant en soins hospitaliers ou assimilé, appelés ci-après praticiens de l'art infirmier (W) ()		
1° Prestations effectuées au cours d'une séance de soins infirmiers au domicile ou à la résidence du bénéficiaire.		
I. Séance de soins infirmiers.		
A Prestation de base.		
425014	Première prestation de base de la journée de soins	W 0,879
B. Prestations techniques de soins infirmiers.		
425110	Soins d'hygiène (toilettes)	W 1,167
II. Honoraires forfaitaires par journée de soins pour des patients lourdement dépendants		
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	W 10,083

	minimum 3)	
2° Prestations effectuées au cours d'une séance de soins infirmiers durant le week-end ou un jour férié au domicile ou à la résidence du bénéficiaire		
I Séance de soins infirmiers.		
A Prestation de base		
425412	Première prestation de base de la journée de soins	W 1,206
B Prestations techniques de soins infirmiers		
425515	Soins d'hygiène (toilettes)	W 1,754
II Honoraires forfaitaires par journée de soins pour des patients lourdement dépendants		
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

1.2.2 Base légale du grief

Nomenclature des prestations de santé :

§ 6 Précisions relatives aux toilettes (prestations 425110, 425515, 425913) " ()

8° La toilette comprend l'ensemble des soins infirmiers se rapportant à la globalité des soins d'hygiène y compris préventifs, elle se complète, le cas échéant, par la mobilisation du patient ()

Question-réponse parlementaire

Question-réponse parlementaire n° 87 posée le 14 avril 1986 à Monsieur le Ministre des Affaires Sociales par Monsieur le Sénateur de CLIPPELLE « définition de la notion de toilette des patients »

« Par soin d'hygiène il faut entendre le bain, les soins de la bouche, des dents, des ongles et de la chevelure Le cas échéant, la toilette comprend l'installation de la personne au fauteuil et son habillement Ces soins se complètent par l'observation, la surveillance, la prévention, la mobilisation du malade, l'éducation sanitaire de celui-ci et de son entourage . »

Jurisprudence

Une récente jurisprudence de la CR en date du 12/01/2012 () précise en outre ce que doivent comprendre ces soins d'hygiène

« () Madame G a signé et délivré des attestations de soins donnés pour des prestations qui requièrent la qualification d'infirmière au vu de l'article 8 de la nomenclature des soins de santé. . . . La toilette doit comprendre l'ensemble des soins infirmiers se rapportant à la globalité des soins d'hygiène y compris préventif, elle se complète, le cas échéant par la mobilisation du patient La toilette doit comprendre les soins d'hygiène, soit le bain, les soins de bouche, des dents, des ongles et de la chevelure En d'autres termes, la toilette doit être complète (.) »

1.2.3 Cas retenus

1.2.3.1 Cas E.

Le grief porte sur les soins d'hygiène (toilette) - code semaine 425110, code weekend ou jour férié 425515 - et les 1^{ère} prestations de base y afférentes - code semaine 425014, code weekend ou jour férié 425412 - attestés les lundis, mercredis, jeudis, samedis et dimanches, jours où le SECM a considéré que le soin d'hygiène était incomplet sur la durée de la période litigieuse soit 01/01/2014 au 30/06/2014 (prestations introduites au remboursement auprès de l'OA entre le 13/02/2014 et le 22/07/2014).

PRESTATION	VALEUR	NOMBRE	INDU
425014	3,68 €	70	257,60 €
425110	5,22 €	70	365,40 €
425412	5,15 €	54	278,10 €
425515	7,85 €	54	423,90 €
TOTAUX		248	1 325,00 €

1.2.3.2 Cas F.

Le grief porte sur toutes les prestations forfaits C - code semaine 425316, code weekend ou jour férié 425714 - attestées du 01/01/2014 au 30/06/2014 avec date d'introduction au remboursement auprès de l'OA entre le 13/02/2014 et le 09/07/2014

PRESTATION	VALEUR	NOMBRE	INDU
425316	44,87	124	5 563,88 €
425714	66,94	57	3 815,58 €
TOTAUX		181	9 379,46 €

1.2.3.3 Cas D.

Le grief porte sur des prestations de soins d'hygiène (toilette) - code semaine 425110, code weekend ou jour férié 425515 - et d'une 1^{ère} prestation de base y afférente - code semaine 425014, code weekend ou jour férié 425412 - portées en compte du 09/01/2014 au 30/06/2014 et introduites au remboursement auprès de l'OA entre le 28/02/2014 et le 31/07/2014

Le SECM n'a retenu à grief que les mardis et jeudis, jours où le service considère, en l'absence d'élément, que la toilette était incomplète se limitant au maximum au dos et aux pieds.

Les prestations de soins d'hygiène des samedi et dimanches sont quant à elles reprises à grief dans le grief 1 comme non effectuées

PRESTATION	VALEUR	NOMBRE	INDU
425014	2,95 €	49	144,55 €
425110	3,92 €	49	192,08 €

425412	4,05 €	2	8,10 €
425515	5,89 €	2	11,78 €
TOTAUX		102	356,51 €

1.2.3.4 Cas G.

Codes attestés :

- du 01/01/2014 au 30/06/2014
 - 4 prestations d'administration de médicaments par voie intramusculaire, sous-cutanée ou hypodermique, attestées en semaine sous le code 423076 et le weekend ou jour férié sous le code 423275
 - une 1^{ère} prestation de base attestée en semaine sous le code 425014 et le weekend ou jour férié sous le code 425412
 - une 2^{ème} prestation de base attestée en semaine sous le code 425036 et le weekend ou jour férié sous le code 425434
 - une 3^{ème} prestation de base attestée en semaine sous le code 425051 et le weekend ou jour férié sous le code 425456
 - une prestation *honoraire de suivi pour l'accompagnement, par un infirmier référent, d'un patient diabétique qui ne passe pas aux soins autonomes* attestée en semaine sous le code semaine 423231 et le weekend ou jour férié sous le code 423334
- du 01/01/2014 au 30/04/2014.. une prestation de soins d'hygiène (toilette) code semaine 425110 et code weekend ou jour férié 425515
- du 01/02/2014 au 31/05/2014 . une prestation de soins de plaie(s) complexes attestée en semaine sous le code 424351 et le weekend ou jour férié sous le code 424513

Toutes ces prestations ont été introduites au remboursement entre le 28/02/2014 et le 31/05/2014

Déclarations de Mr A en date du 10/11/2015 :

« (.) G.

(.)

Vous me dites que des toilettes ont été portées en compte de janvier à avril 2014 - T7 Il s'agissait probablement d'une période où les jambes ont été lavées avant les pansements Nous ne lavions que le bas , il ne s'agissait pas d'une toilette complète (..) »

Position de SECM

Mr A. confirme que le soin d'hygiène était incomplet. Or, la nomenclature exige que la prestation soit complète pour pouvoir être remboursée.

Donc le SECM reprend à grief toutes les prestations de soins d'hygiène attestées du 01/01/2014 au 30/04/2014.

A noter qu'aucune prestation de base n'est reprise à grief dans la mesure où une prestation technique de soins infirmiers a été réalisée à chaque séance de soins

Un indu par différence a été calculé en raison de la valeur du code plafond atteint par journée de soins.

En effet, l'art 8 §4 de la nomenclature des prestations de santé précise .

"§ 4. Précisions relatives aux prestations visées à la rubrique I du § 1^{er}, 1°, 2° ()

()

"6° Pour un même bénéficiaire, le cumul des honoraires prévus par journée de soins pour les prestations effectuées le même jour à l'occasion de séances de soins différentes par un même ou un autre praticien de l'art infirmier, ne peut dépasser

la valeur W 3,825, lorsque plusieurs prestations visées aux rubriques I, A et I, B du § 1^{er}, 1°, sont attestées,

()

la valeur W 5,710, lorsque plusieurs prestations visées aux rubriques I, A et I, B du § 1^{er}, 2°, sont attestées,

()

Donc, les prestations 423231 et 423334 (honoraires de suivi pour l'accompagnement, par un infirmier référent, d'un patient diabétique qui ne passe pas aux soins autonomes) reprises respectivement sous la rubrique VI du § 1^{er}, 1° et 2° n'entrent pas en compte pour le calcul du code plafond

Déclarations de Mme H , aide-soignante, en date du 11/03/2015 :

« ()

Monsieur G , .

J'allais chez lui pour faire un pansement à une jambe, alternativement à droite et à gauche Il avait les jambes rouges et qui suintaient sans doute suite à des lésions de grattage Il était diabétique et se grattait beaucoup les jambes Il commençait à avoir des pertes de mémoire Quand j'arrivais, il avait déjà pris sa douche et il était habillé Il se lavait et s'habillait lui-même Je faisais un pansement je ne désinfectais pas, je mettais de la Flamazine avec une spatule puis des compresses emballées puis la bande Après le pansement, je contrôlais la glycémie et je faisais l'insuline suivant le schéma qui restait dans le cahier de glycémie Chez lui il n'y avait aucun cahier de passage Ensuite c'est tout, mais chez lui, je passais trois fois par jour à 8h, à midi et le soir. A midi, je passais prendre la glycémie et faisais l'insuline, de même que le soir

Le midi et le soir, je ne faisais rien d'autre Ce monsieur était, par ailleurs tout à fait autonome Il vivait avec sa femme Il n'avait pas d'incontinence, à ma connaissance Je ne pense pas qu'il portait de protection Il se déplaçait sans problème, il allait chercher lui-même son journal tous les matins

(..) »

Déclarations de Mr A en date du 10/11/2015 .

« (.) G....

Vous me demandez quels sont les soins qui lui sont dispensés ?

Il reçoit 4 injections d'insuline par jour dont 2 en même temps le soir , (.) »

Mr A a porté en compte à l'assurance soins de santé, par journée de soins, 4 prestations d'administration de médicaments

Conformément à l'article 8 de la nomenclature, les 2 prestations d'administration de médicaments réalisées en même temps le soir, devaient être attestées en semaine sous le libellé « *Administration de médicaments par voie intramusculaire, sous-cutanée, hypodermique ou intraveineuse, en plusieurs sites d'injection* » code semaine 423091 et code weekends ou jours fériés 423290.

Durant la période du contrôle, le SECM a constaté 2 types de journées de soins attestés

- du 01/01/2014 au 30/04/2014 3 prestations de base, un soin d'hygiène et 4 prestations d'administration de médicaments
- du 01/02/2014 au 30/04/2014 les prestations citées ci-avant avec l'ajout d'un soin de plaie complexe

Le SECM détaille uniquement le calcul pour la période du 01/01/2014 au 31/01/2014

	PRESTATIONS ATTESTÉES				PRESTATIONS ATTESTABLES				INDU
	CODE	LIBELLÉ SUCCINCT	VALEUR	MONTANT REMBOURSÉ PAR L'OA	CODE	LIBELLÉ SUCCINCT	VALEUR	CODE PLAFOND	
SEMAINE	425014	1ère prest de base	2,95 €	12,84 €	425014	1ère prest de base	2,95 €	12,84 €	0,00 €
	425110	toilette	3,92 €						
	423076	injection	1,63 €		423076	injection	1,63 €		
	425036	2ème prest de base	2,95 €		425036	2ème prest de base	2,95 €		
	423076	injection	1,63 €		423076	injection	1,63 €		
	425051	3ème prest de base	2,95 €		425051	3ème prest de base	2,95 €		
	423076	injection	1,63 €		423091	injection en plusieurs sites	1,71 €		
	423076	injection	1,63 €						
		Totaux	19,29 €				13,82 €		
WEEKEND OU FÉRIÉS	425412	1ère prest de base	4,05 €	19,17 €	425412	1ère prest de base	4,05 €	19,17 €	0,00 €
	425515	toilette	5,89 €						
	423275	injection	2,46 €		423275	injection	2,46 €		
	425434	2ème prest de base	4,05 €		425434	2ème prest de base	4,05 €		
	423275	injection (insuline)	2,46 €		423275	injection	2,46 €		
	425456	3ème prest de base	4,05 €		425456	3ème prest de base	4,05 €		
	423275	injection	2,46 €		423290	injection en plusieurs sites	2,58 €		
	423275	injection	2,46 €						
		Totaux	27,88 €				19,65 €		

Donc, par journée de soins, tant la semaine que les weekends ou jours fériés, la valeur des prestations attestables dépasse la valeur du code plafond.

A noter que pour la période du 01/02/2014 au 30/04/2014 . le SECM ne détaille pas le calcul, le code plafond étant déjà atteint sans attester le soin de plaie complexe

Par conséquent, bien que les soins d'hygiène (toilette) réalisés de façon incomplète, soient retenus à grief, il n'en résulte aucun indu.

PRESTATION	NOMBRE	INDU
425110	84	0,00 €
425515	36	0,00 €
TOTAL GÉNÉRAL	120	0,00 €

1.2.3.5 Cas I.

Le grief porte sur des prestations de soins d'hygiène (toilette) - code semaine 425110, code weekend ou jour férié 425515 – et des 1ères prestations de base y afférentes - code semaine 425014, code weekend ou jour férié 425412 - portées en compte du 01/01/2014 au 30/06/2014 et introduites au remboursement auprès de l'OA entre le 22/02/2014 et le 14/07/2014

Position du SECM

La nomenclature exige que la prestation soit complète pour pouvoir être attestée

En l'absence d'élément probant, le SECM tient compte des déclarations de Mr A. et considère que l'assurée a reçu un soin d'hygiène complet deux fois par semaine, les mardis et vendredis

Conclusion

Donc sont retenues à grief, par semaine, 5 prestations de soin d'hygiène (toilette) et la 1^{ère} prestation de base y afférente

PRESTATION	VALEUR	NOMBRE	INDU
425014	3,68 €	73	268,64 €
425110	5,22 €	73	381,06 €
425412	5,15 €	57	293,55 €
425515	7,85 €	57	447,45 €
TOTAUX		260	1.390,70 €

1.2.3.6 Conclusions en ce qui concerne ce grief

L'infraction a été constatée dans 5 cas d'assurés pour la période de prestations du 01/01/2014 au 30/06/2014 et introduites aux OA du 13/02/2014 au 31/07/2014

CAS	ASSURÉ	425014	425110	425316	425412	425515	425714	INDU TOTAL	INDU PAR DIFFÉRENCE
1	E	70	70		54	54		1 325,00 €	
2	F			124			57	9 379,46 €	
3	D	49	49		2	2		356,51 €	
4	G		84			36			0,00 €
5	I	73	73		57	57		1 390,70 €	
	TOTAUX	192	276	124	113	149	57	12 451,67 €	0,00 €
		911						12 451,67 €	

1.2.3.7. Indu pour ce grief : 12.451,67 € pour 911 prestations.

1.3 Grief n°3

Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer les 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 la présente loi, ses arrêtés d'exécution ou les conventions ou accords conclus en vertu de cette même loi, grief prévu à l'article 73 bis, 2°, s'agissant d'honoraires forfaitaires non conformes, visés à la rubrique II du § 1er, 1° et 2° de l'article 8 de la nomenclature, non attestables en ce sens que les conditions prévues à l'article 8, § 5, 1° de la nomenclature relatives au degré de dépendance physique n'étaient pas remplies.

En l'espèce il s'agit de deux bénéficiaires pour lesquels la déclaration des assurés, les déclarations des aides-soignantes ayant travaillé pour Mr A et l'évaluation du degré de dépendance effectuée par le SECM ont démontré une surévaluation des critères de l'échelle d'évaluation ayant entraîné **une facturation de forfaits C non attestables**.

1.3.1 Prestations en cause

La période des prestations attestées retenues à grief s'étend du 01/01/2014 au 30/06/2014, les prestations ont été introduites auprès des organismes assureurs du 13/02/2014 au 31/07/2014

SECTION 4 - Soins donnés par des infirmiers gradués ou assimilés, des accoucheuses, des infirmiers brevetés, des hospitaliers/assistants en soins hospitaliers ou assimilés "Art 8 § 1er Les prestations suivantes sont considérées comme des prestations qui requièrent la qualification d'infirmier gradué ou assimilé, d'accoucheuse, d'infirmier breveté, d'hospitalier/assistant en soins hospitaliers ou assimilé, appelés ci-après praticiens de l'art infirmier (VV) ()		
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		
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
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		
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

1.3.2 **Base légale du grief**

En ce qui concerne les honoraires forfaitaires :

Le grief se base sur la conjonction des critères de dépendance physique tels qu'ils sont définis à l'art 8, § 5, 1° de la NPS avec les libellés des prestations correspondant aux honoraires forfaitaires dits forfaits C tels qu'ils figurent à l'art 8, § 1^{er} de la NPS.

« () 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 ()

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

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

Les cotations tiennent compte également des directives énoncées à ce propos par le Service des soins de santé et diffusées par le biais de la circulaire n° 2011/1 sous références 1240/OMZ-CIRC/INF-11-1-f, d'application depuis le 1^{er} avril 2011.

« () Chaque critère doit être évalué en tenant compte des limitations quelle que soit leur origine (par exemple une affection cardiorespiratoire, une affection locomotrice, une affection psychique, etc.) et ce, indépendamment des soins dispensés. ()

Se laver

1. Est capable de se laver complètement sans aucune aide

Le patient est capable de se laver complètement sans aucune aide et sans aucune forme de surveillance ou de stimulation

2. A besoin d'une aide partielle pour se laver au-dessus ou en dessous de la ceinture

Il existe deux possibilités

- a) Le patient a besoin d'une aide active pour se laver au-dessus ou en dessous de la ceinture, ou
- b) Le patient est capable de se laver au-dessus ou en dessous de la ceinture, moyennant une stimulation et sans la nécessité d'une surveillance et/ou d'une présence continue(s)
La situation où seul le dos ou seuls les pieds sont lavés répond au score '2'

3. A besoin d'une aide partielle pour se laver tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture

Il existe deux possibilités

- a) Chaque fois que le patient se lave, au-dessus et en dessous de la ceinture, il a besoin d'aide pour se laver au-dessus ou en dessous de la ceinture, ou
- b) Le patient est encore capable de se laver partiellement tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture, moyennant une stimulation individuelle continue (par exemple vocale) et une surveillance active continue
La situation où seuls le dos et les pieds sont lavés répond au score '3'

4. Doit être entièrement aidé pour se laver tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture

Lorsqu'une tierce personne ne le fait pas, le patient n'est pas lavé

S'habiller

1. Est capable de s'habiller et de se déshabiller complètement sans aucune aide

Le patient est capable de s'habiller et de se déshabiller complètement de sa propre initiative, sans aucune aide et sans aucune forme de surveillance ou de stimulation. Il s'agit de patients qui savent ce qu'ils doivent porter et qui changent à temps de vêtements. Le patient qui éprouve uniquement des difficultés pour nouer ses lacets appartient à cette catégorie.

2. A besoin d'une aide partielle pour s'habiller au-dessus ou en dessous de la ceinture (sans tenir compte des lacets)

Il existe deux possibilités

- a) Le patient a besoin d'une aide partielle active pour s'habiller et/ou se déshabiller au-dessus ou en dessous de la ceinture (par exemple pour enfiler un corset, des bas à varices), ou
- b) Le patient est capable de s'habiller et/ou de se déshabiller au-dessus ou en dessous de la ceinture moyennant une stimulation (par exemple la préparation de ses vêtements) et sans la nécessité d'une surveillance continue et/ou d'une présence continue

3. A besoin d'une aide partielle pour s'habiller tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture

Il existe trois possibilités

- a) Le patient a chaque fois besoin d'une aide active partielle pour s'habiller et/ou se déshabiller tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture, ou
- b) Le patient est encore capable de s'habiller et/ou de se déshabiller partiellement tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture, moyennant une stimulation individuelle continue (par exemple vocale) et une surveillance active continue, ou
- c) Le patient a besoin d'aide pour mettre l(es) orthèse(s) et/ou la (les) prothèse(s) indispensable(s) à son autonomie locomotrice (membres supérieurs et/ou membres inférieurs)

Sans cette aide, le patient n'est pas capable de s'habiller décemment

4. Doit être entièrement aidé pour s'habiller tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture

La situation du patient a tellement évolué qu'il ne s'habille ou ne se déshabille plus du tout. Si personne ne l'aide à s'habiller, le patient porte les mêmes vêtements jour et nuit ()

Transfert et déplacements

Le critère « transfert » exprime tout changement de position (de la position couchée à la station debout, de la position assise à la station debout, de la position couchée à la position assise et vice versa)

Le critère « déplacements » implique le fait d'aller d'un point à l'autre.

Aucun moyen d'immobilisation ou de contention n'est pris en considération pour l'évaluation de ce critère.

1. Est autonome pour le transfert et se déplace de façon entièrement indépendante, sans auxiliaire(s) mécanique(s), ni aide de tiers

Le patient est autonome pour le transfert et est capable de se déplacer sans aucune aide de tiers ou d'aide(s) mécanique(s), comme il l'a toujours fait.

2. Est autonome pour le transfert et ses déplacements moyennant l'utilisation d'auxiliaire(s) mécanique(s) (béquille(s), chaise roulante, ...)

Le patient est autonome pour le transfert, éventuellement à l'aide d'auxiliaire(s) mécanique(s). Pour se déplacer, le patient utilise lui-même des aides à la marche telles des béquilles, une tribune, une chaise roulante, etc. ou s'appuie sur les meubles, cela nécessite, le cas échéant, l'aide occasionnelle d'un tiers.

3. A absolument besoin de l'aide de tiers pour au moins un des transferts et/ou ses déplacements

Il existe deux possibilités :

- a) Le patient n'est jamais capable de se lever du lit *le matin* et/ou de se coucher *le soir* sans l'aide de tiers (de la position couchée à la station debout ou vice versa), et/ou le patient n'est jamais capable de se mettre debout ou de s'asseoir sans l'aide de tiers (de la position assise à la station debout ou vice versa), et/ou le patient n'est jamais capable de s'asseoir ou de se coucher sans l'aide de tiers (de la position couchée à la position assise et vice versa) et/ou
- b) Le patient a besoin de l'aide de tiers pour chaque déplacement.

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

Le patient qui bénéficie d'une voiturette électronique remboursée et qui y séjourne la plus grande partie de la journée, tant pour les déplacements intérieurs qu'extérieurs, obtient un score 4.

Il s'agit d'un patient qui présente des difficultés complètes, démontrées et définitives de déplacement. Il ne peut se tenir debout ou marcher. Un transfert autonome de la voiturette vers une chaise, le fauteuil ou le lit ou inversement est impossible sans l'aide d'une tierce personne.

Aller à la toilette

Ce critère exprime tant l'utilisation des WC que celle de la chaise percée placée à proximité immédiate du patient.

Ce critère est chaque fois une combinaison de 3 items : se déplacer et s'habiller (baissier et relever le pantalon et éventuellement retirer et replacer du matériel d'incontinence) et s'essuyer.

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

2. A besoin de l'aide partielle de tiers pour se rendre aux toilettes ou s'habiller ou s'essuyer

Le patient a besoin d'aide pour un *des trois items* : se déplacer ou s'habiller ou s'essuyer.

3. Doit être entièrement aidé pour se rendre aux toilettes et/ou s'habiller et/ou s'essuyer

Le patient a besoin d'aide pour deux des trois items : se déplacer et/ou s'habiller et/ou s'essuyer.

4. Doit être entièrement aidé pour se rendre aux toilettes/chaise percée et s'habiller et s'essuyer

Le patient a besoin d'aide pour les trois items : se déplacer et s'habiller et s'essuyer.

Continence

1. Est continent pour les urines et les selles

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

Il existe trois possibilités

- a) Le patient présente occasionnellement, c'est-à-dire à des moments irréguliers du nycthémère, des pertes involontaires d'urine et/ou de fèces, comme une incontinence due au stress ou une incontinence d'effort Une personne qui est exclusivement incontinente pour les urines pendant la nuit doit obtenir un score «2» Une personne qui est incontinente pour les urines pendant la nuit et occasionnellement incontinente pour les urines pendant la journée reçoit également un score "2", ou
- b) Le patient porte un anus artificiel ou une urostomie ou une sonde à demeure, ou
- c) Le patient réalise son autosondage

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

Il existe deux possibilités

- a) Le patient présente une perte involontaire d'urine ou de fèces de façon permanente ou le patient n'est continent que grâce à des exercices de miction (minimum 4 fois par jour une aide à la toilette individualisée avec mention dans le plan de soins, dans le dossier infirmier ou le dossier de soins) ou cathétérisation par un tiers, ou
- b) Le patient présente en permanence un comportement inadapté lors de l'élimination de l'urine ou des fèces

4. Est incontinent pour les urines et les selles

Il existe deux possibilités

- a) Le patient présente une perte involontaire d'urine et de fèces de façon permanente Il est donc incontinent pour l'urine et les selles, ou
- b) Le patient présente en permanence un comportement inadapté lors de l'élimination de l'urine et des fèces

Manger

1. Est capable de manger et de boire seul

Le patient est capable de manger et de boire de manière autonome

2. A besoin d'une aide préalable pour manger ou boire

Il existe deux possibilités

- a) Le patient a surtout besoin d'une aide préalable pour manger ou boire (par exemple tartiner, couper la viande, servir la boisson,), ou
- b) Le patient est autonome pour manger et boire s'il dispose de moyens d'aide adaptés ou de l'aide occasionnelle de tiers ou moyennant une stimulation et sans la nécessité d'une surveillance et/ou d'une présence continue

3. A besoin d'une aide partielle pendant qu'il mange ou boit

Il existe deux possibilités

- a) Le patient a besoin de l'aide partielle de tiers au moins pendant tout le repas principal, ou
- b) Le patient reçoit une stimulation (par exemple vocale) individualisée continue (une personne qui s'occupe de maximum 3 patients pour la prise du repas durant toute la durée de celui-ci) et une surveillance active continue lors de la prise de nourriture ou de boissons

4. Le patient est totalement dépendant pour manger et boire

Pour manger, le patient est totalement dépendant de tiers ou d'une technique de nutrition (alimentation par sonde, alimentation entérale ou parentérale, () »

1.3.3 Cas retenus

Le grief concerne 2 cas d'assurés ,

Pour chaque assuré, le SECM a repris, sous forme de tableau, la cotation des différents critères de dépendance physique de l'échelle d'évaluation dans l'ordre suivant

- les cotations introduites par Mr A auprès de la mutuelle – « Scores Mr A »

- la cotation de l'infirmière-contrôleur ou d'un médecin-inspecteur du SECM, le SECM convient de la désigner sous le terme « score SECM »

Le SECM convient que « T7 » signifie qu'il peut être attesté une toilette par jour.

1.3.3.1 Cas C.

Le grief est formulé pour les honoraires forfaitaires dit forfait C - code semaine 425316, code weekend ou jour férié 425714 - attestés entre le 01/01/2014 et le 30/06/2014, et introduits au remboursement auprès de l'OA entre le 28/02/2014 et le 31/07/2014, qui auraient dû être attestés par des forfaits A code semaine 425272, code weekend ou jour férié 425670

Le SECM a donc procédé au calcul d'un indu différentiel comme suit

PRESTATIONS ATTESTÉES				PRESTATIONS ATTESTABLES				INDU PAR DIFFÉRENCE
PRESTATION	VALEUR	NOMBRE	MONTANT	PRESTATION	VALEUR	NOMBRE	MONTANT	
425316	44,87 €	124	5 563,88 €	425272	16,86 €	124	2 090,64 €	3 473,24 €
425714	66,94 €	57	3 815,58 €	425670	25,30 €	57	1 442,10 €	2 373,48 €
TOTAUX		181	9.379,46 €				3.532,74 €	5 846,72 €

1.3.3.2 Cas F.

Le grief porte sur des honoraires forfaitaires dit forfait C - code semaine 425316, code weekend ou jour férié 425714 - portés en compte du 01/01/2014 au 30/06/2014 et introduits au remboursement auprès de l'OA entre le 13/02/2014 et le 09/07/2014 qui auraient dû être attestés par des forfaits A code semaine 425272, code weekend ou jour férié 425670

Le SECM estime en effet que l'état de dépendance de ce patient durant la période litigieuse était tel qu'il ne pouvait que justifier l'attestation d'un forfait A

Le SECM a donc retenu à grief à titre subsidiaire (car les prestations étaient déjà retenues sous le grief 2 - toilette incomplète), les prestations forfaits C attestées durant la période concernée par le grief, du 01/01/2014 au 30/06/2014

Un indu par différence théorique a été calculé

PRESTATIONS ATTESTÉES				PRESTATIONS ATTESTABLES				INDU THÉORIQUE	INDU RÉSIDUEL
PRESTATION	VALEUR	NOMBRE	MONTANT	PRESTATION	VALEUR	NOMBRE	MONTANT		
425316	44,87 €	124	5 563,88 €	425272	16,86 €	124	2 090,64 €	3 473,24 €	
425714	66,94 €	57	3 815,58 €	425670	25,30 €	57	1 442,10 €	2 373,48 €	
TOTAUX		181	9.379,46 €				3 532,74 €	5.846,72 €	0,00 €

1.3.4 Conclusions en ce qui concerne ce grief

L'infraction a été constatée pour 2 cas d'assurés dont l'un à titre subsidiaire pour la période de prestations du 01/01/2014 au 30/06/2014 et d' introduction auprès des OA du 13/02/2014 au 31/07/2014.

Le grief est donc formulé

- **à titre principal** pour 181 prestations
 - 124 prestations 425316 W 10,083 (forfait C semaine)
 - 57 prestations 425714 W 15,017 (forfait C WE ou jour férié)
- **à titre subsidiaire** pour 181 prestations
 - 124 prestations 425316 W 10,083 (forfait C semaine)
 - 57 prestations 425714 W 15,017 (forfait C WE ou jour férié)

A TITRE PRINCIPAL				
CAS	ASSURÉ	425316	425714	INDU PAR DIFFÉRENCE
1	C	124	57	5 846,72 €
TOTAUX		124	57	
			181	5 846,72 €

A titre subsidiaire				
Cas	Assuré	425316	425714	Indu résiduel
1	F	124	57	0,00 €
TOTAUX		124	57	
			181	0,00 €

L'indu global pour ce grief concerne donc 181 prestations pour un montant de **5.846,71€**.

1.4 Grief 4

Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer les 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 la présente loi, ses arrêtés d'exécution ou les conventions ou accords conclus en vertu de cette même loi, grief prévu à l'article 73 bis, 2°, s'agissant de dossiers infirmiers absents ou incomplets au sens de l'article 8, § 3, 5°, § 4, § 5, 3° et § 5 ter de la nomenclature.

En l'espèce, il s'agit de 11 bénéficiaires au nom desquels des prestations de soins infirmiers ont été portées en compte durant la période du 01/12/2013 au 31/12/2013 alors que le dossier infirmier était inexistant ou incomplet

Le SECM s'est volontairement limité à 1 mois pour ce grief (décembre 2013).

1.4.1 Prestations en cause

SECTION 4 - Soins donnés par des infirmiers gradués ou assimilés, des accoucheuses, des infirmiers brevetés, des hospitaliers/assistants en soins hospitaliers ou assimilés "Art. 8. § 1er Les prestations suivantes sont considérées comme des prestations qui requièrent la qualification d'infirmier gradué ou assimilé, d'accoucheuse, d'infirmier breveté, d'hospitalier/assistant en soins hospitaliers ou assimilé, appelés ci-après praticiens de l'art infirmier (W) ()		
1° Prestations effectuées au cours d'une séance de soins infirmiers au domicile ou à la résidence du bénéficiaire		
I. Séance de soins infirmiers.		
A Prestation de base.		
425014	Première prestation de base de la journée de soins	W 0,879
425036	Deuxième prestation de base de la journée de soins	W 0,879
425051	Troisième prestation de base ou plus de la journée de soins	W 0,879
B Prestations techniques de soins infirmiers		
425110	Soins d'hygiène (toilettes)	W 1,167
423076	Administration de médicaments par voie intramusculaire, sous-cutanée ou hypodermique	W 0,484
424351	Soins de plaie(s) complexes	W 1,759
II Honoraires forfaitaires par journée de soins pour des patients lourdement dépendants		
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
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
VI. Honoraires forfaitaires pour les prestations dispensées aux patients diabétiques		
423231	Honoraire de suivi pour l'accompagnement, par un infirmier référent, d'un patient diabétique qui ne passe pas aux soins autonomes	W 0,070
VIII		
428035	valorisation des prestations multiples et contraignantes chez les patients très dépendants	W 0,134
2° Prestations effectuées au cours d'une séance de soins infirmiers durant le week-end ou un jour férié au domicile ou à la résidence du bénéficiaire.		

I. Séance de soins infirmiers		
A Prestation de base		
425412	Première prestation de base de la journée de soins	W 1,206
425434	Deuxième prestation de base de la journée de soins	W 1,206
425456	Troisième prestation de base ou plus de la journée de soins	W 1,206
B. Prestations techniques de soins infirmiers		
425515	Soins d'hygiène (toilettes)	W 1,754
423275	Administration de médicaments par voie intramusculaire, sous-cutanée ou hypodermique	W 0,730
424513	Soins de plaie(s) complexes	W 2,562
II Honoraires forfaitaires par journée de soins pour des patients lourdement dépendants.		
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 5,710
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
VI Honoraires forfaitaires pour les prestations dispensées aux patients diabétiques		
423334	Honoraire de suivi pour l'accompagnement, par un infirmier référent, d'un patient diabétique qui ne passe pas aux soins autonomes	W 0,070
VII		
428050	valorisation des prestations multiples et contraignantes chez les patients très dépendants	W 0,134

1.4.2 Base légale

1.4.2.1 Nomenclature des prestations de santé

L'article 8 dispose

()

§ 3. Aucuns honoraires ne sont dus

()

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

§ 4. Précisions relatives aux prestations visées à la rubrique I du § 1^{er}, 1°, 2°, ()

1° La prestation de base, visée à la rubrique I, A du § 1^{er}, 1°, 2°, () comprend

- l'observation globale du bénéficiaire,
- le planning et l'évaluation des soins,
- l'accompagnement sanitaire du bénéficiaire et de son entourage,
- la tenue complète d'un dossier infirmier,

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

Lorsque les soins infirmiers dispensés au bénéficiaire comportent des prestations techniques, décrites à la rubrique I, B du § 1^{er}, 1°, 2°, () de cet article, le contenu minimal du dossier infirmier comporte alors, en plus des éléments du premier alinéa de cette disposition, également

- 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

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^{er}, 1°, 2° () de cet article, le contenu minimal du dossier infirmier comporte alors, en plus des éléments des deux premiers alinéas de cette disposition, également

- le dossier soins de plaie(s) spécifiques visé au § 8, 5°, chaque fois que la nomenclature l'exige

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

Lorsque les soins infirmiers dispensés au bénéficiaire comportent (), ou des soins de plaie(s) spécifiques, décrits au § 8, 1° de cet article ou d'autres prestations décrites au § 1^{er}, 1°, (..) VI () et au § 1^{er}, 2°, () VI, ()

Dans les hypothèses visées à l'alinéa 6, par dérogation à l'alinéa 3 et à l'exception des prestations du § 1^{er}, 1°, VI (), et du § 1^{er}, 2°, 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

La tenue du dossier n'est pas liée à des conditions de forme (le dossier automatisé est autorisé)

Sans préjudice des délais de conservation imposés par d'autres législations, le dossier infirmier doit être conservé pendant une période d'au moins cinq ans

Le dossier infirmier d'un bénéficiaire peut être tenu à jour conjointement par plusieurs praticiens de l'art infirmier, mais chacun d'eux demeure responsable de la tenue à jour des éléments du dossier relatifs aux soins qu'il a dispensés "

3° Les prestations de base visées à la rubrique I, A du § 1^{er}, 1°, 2°, () ne peuvent être portées en compte que si on atteste soit une ou plusieurs prestations techniques de soins infirmiers visées à la rubrique I, B du § 1^{er}, 1°, 2°, ()

"4° Sans préjudice des dispositions du § 6, les prestations 425110, (), 423076, (), 424351, (), 425515, (), 423275, (), 424513, () ne peuvent être attestées qu'une seule fois par séance de soins infirmiers "

()

"§ 5. Précisions relatives aux honoraires forfaitaires visés à la rubrique II du § 1^{er}, 1°, 2° et 3° et à la rubrique IV du § 1^{er}, 1° et 2° "

()

"3° Les honoraires forfaitaires, visés à la rubrique II du § 1^{er}, 1°, 2° () ne peuvent être attestés que si les conditions suivantes sont réalisées "

a) pour chaque bénéficiaire dans le chef duquel des honoraires forfaitaires visés à la rubrique II du § 1^{er}, 1°, 2° () du § 1^{er}, 1° et 2° ont été attestés, une toilette (prestations 425110, 425515 ()) par journée de soins a été effectuée ()

"b) l'infirmier tient un dossier qui correspond aux dispositions du § 4, 2°,"

()

§ 5^{ter}. Précisions relatives aux honoraires visés à la rubrique VI du § 1^{er}, 1°

1° Pour l'application du présent article, il y a lieu d'entendre par

a) "patient diabétique" le bénéficiaire pour lequel le praticien de l'art infirmier entame après le 1^{er} avril 2003 un traitement chronique avec injection quotidienne d'insuline Pour l'application des prestations 423231 et 423334, tous les patients à qui un praticien de l'art infirmier administre des injections d'insuline entrent en considération,

()

9° Les prestations 423231 et 423334 peuvent uniquement être attestées à la condition que l'accompagnement infirmier ait lieu selon un planning des soins approuvé et actualisé par le médecin traitant et qui répond à une directive fixée par le Comité de l'assurance soins de santé sur proposition de la Commission de convention praticiens de l'art infirmier – organismes assureurs Elles ne peuvent être attestées qu'une fois par jour, et uniquement les jours où une injection d'insuline est effectuée

()

1.4.2.2 Circulaires du Service des soins de santé de l'INAMI (SSS) aux praticiens de l'art infirmier

1.4.2.2.1 Circulaire n° 2003/2 du 24/06/2003 - Références 1240/OMZ-CIRC/INF-03-2F, annexe 2

Cette circulaire comporte en son annexe 2 des directives relatives aux honoraires pour les prestations dispensées aux patients diabétiques et aux soins de plaies

1.4.2.2.2 Directives relatives aux honoraires pour les prestations dispensées aux patients diabétiques :

Ces directives énoncent, ci-après, en ce qui concerne les prestations 423231 et 423334 attestées

Directives relatives aux honoraires forfaitaires pour les prestations dispensées aux patients diabétiques

()

5 Directives quant au contenu des honoraires de suivi pour l'accompagnement, par un infirmier référent, d'un patient diabétique qui ne passe pas aux soins autonomes

Ces honoraires ne peuvent être attestés qu'à condition que le médecin traitant approuve un plan de soins infirmiers actualisé et prescrive le suivi infirmier

Ce plan de soins infirmiers actualisé pour le patient qui ne passe pas aux soins autonomes comprend au minimum

- Le schéma thérapeutique relatif aux injections d'insuline, aux adaptations de la dose d'insuline, au contrôle de la glycémie (date, fréquence, répartition sur la journée)
- Les prescriptions en matière de contrôle du poids (BMI) et des pieds (date, fréquence, répartition sur l'année)
- La planification des interventions infirmières

Lors du suivi du patient, le praticien de l'art infirmier doit s'informer en permanence de la compréhension du patient et de sa compliance et les corriger si nécessaire

()

1.4.2.2.3 Directives relatives aux soins de plaies :

Ces directives énoncent ci-après

Directives relatives aux soins de plaie(s)

Directives relatives au contenu du dossier infirmier en matière de soins complexes et spécifiques de plaie(s)

Ce dossier fait partie intégrante du dossier infirmier et comprend l'anamnèse infirmière, le jugement clinique du praticien de l'art infirmier (diagnostics infirmiers), le plan de soins (interventions infirmières) et l'évaluation des résultats

- L'anamnèse infirmière comprend les éléments suivants

- ° Date de l'anamnèse infirmière
- ° Données d'identification du patient
- ° Médecin généraliste données d'identification
- ° Médecin spécialiste données d'identification
- ° Infirmier(ère) référent(e) données d'identification
- ° Infirmier(ère) relais en soins de plaie(s) données d'identification
- ° Antécédents médicaux et chirurgicaux qui peuvent avoir une influence sur la plaie, si données médicales à ce sujet disponibles

- ° Allergies
 - ° cutanée
 - ° médicamenteuse si données médicales à ce sujet disponibles (nom du médecin et date à laquelle les données ont été obtenues)
 - ° alimentaire
 - ° Facteurs aggravants ou potentiellement aggravants
 - ° état nutritionnel
 - ° état d'hydratation
 - ° d'origine médicale (par exemple insuffisance cardiaque, artérite,)
 - ° d'origine thérapeutique (par exemple médicaments anti-inflammatoires et anti-infectieux, chimiothérapie,)
 - ° perte de mobilité
 - ° autres (à spécifier)
 - ° Situation familiale
 - ° Isolé
 - ° Vit en famille
 - ° Personne(s) de contact pour le patient données d'identification
- Le jugement clinique (diagnostic infirmier) comprend les éléments suivants
 - Description de la (des) plaie(s)
 - ° nombre de plaies
 - ° localisation de la (des) plaie(s)
 - ° origine de la (des) plaie(s) et date d'apparition de la (des) plaie(s)
 - ° type de plaie(s)
 - plaie(s) avec drain avec/sans aspiration
 - plaie(s) avec méchage et/ou irrigation
 - plaie(s) avec broche ou fixateur externe
 - deux plaies simples ou davantage
 - brûlure(s) du deuxième ou du troisième degré, ulcère(s), greffon(s), escarre(s) avec une surface de moins de 60 cm²
 - stomie(s) après colostomie, gastrostomie, iléostomie, cystostomie, urétérostomie ou trachéostomie
 - brûlure(s) du deuxième ou du troisième degré ou greffon(s) avec une surface de 60 cm² ou plus
 - ulcère(s) avec une surface de 60 cm² ou plus
 - escarre(s) profonde(s) touchant les tendons et les os
 - débridement d'escarre(s)
 - Evaluation de la (des) plaie(s)
 - ° dimensions (profondeur, largeur, longueur)
 - ° stade de cicatrisation de la plaie (rose, rouge, jaune, noire)
 - ° exsudat (0, +, ++, +++)
 - ° contours de la plaie
 - ° douleur (aigüe ou chronique)
 - Le plan de soins comprend
 - La planification des interventions infirmières
 - Le traitement local de la (des) plaie

- ° nature
- ° fréquence
- ° répartition des soins pendant la journée
- ° nettoyage de la plaie et produits utilisés
- ° moyen de recouvrement
- ° moyens de fixation
- ° moyens de compression

• L'évaluation du résultat du traitement

• Justification de la demande d'avis d'un infirmier relais (si en application, soit uniquement en cas de plaies spécifiques)

• Rapport de la visite de l'infirmier relais (si en application, soit uniquement pour les plaies spécifiques) Ce rapport comprend au minimum

- ° La description de la plaies
- ° L'évaluation de la plaie et du traitement en cours
- ° Le traitement proposé

()

1 4.2.2.4 Circulaire n° 2012/01 du 29/05/2012 – Références 1240/OMZ-CIRC/INF-12-1-f

1.1.1. Dossier infirmier

Vous devez tenir le dossier infirmier **complètement à jour** pour avoir droit au remboursement des prestations que vous avez effectuées. Aucun honoraire n'est dû si

le dossier infirmier n'existe pas ou

si le contenu minimal n'est pas repris

Vous trouverez ce contenu minimal du dossier infirmier dans le schéma ci-dessous. La planification et l'évaluation diffèrent en fonction du type de prestation effectuée (Directive du 23 mai 2011 du Comité de l'assurance – (voir annexe 1))

Schéma du contenu minimal

Contenu minimal	Prestations de type 1	Prestations de type 2	Prestations de type 3
	Nomenclature par acte (sauf les prestations qui se trouvent sous un autre type) + T2 et T7	Prestations forfaitaires et soins de plaies complexes	Prestations palliatives, PTSSI, consultation infirmière, prestations diabète, soins de plaies spécifiques
Niveau 1	- ID bénéficiaire - ID infirmier - Prestations effectuées - Echelle d'évaluation si exigée - Prescription si exigée - ID prescripteur si exigée	- ID bénéficiaire - ID infirmier - Prestations effectuées - Echelle d'évaluation si exigée - Prescription si exigée - ID prescripteur si exigée	- ID bénéficiaire - ID infirmier - Prestations effectuées - Echelle d'évaluation si exigée - Prescription si exigée - ID prescripteur si exigée
Niveau 2 Planification et évaluation	- Planification - Evaluation Les éléments relevant concernant la planification et l'évaluation doivent être mentionnés au moins <u>tous les deux mois</u>	- Planification - Evaluation Les éléments relevant concernant la planification et l'évaluation doivent être mentionnés au moins <u>toutes les deux semaines</u>	- Planification - Evaluation Les éléments relevant concernant la planification et l'évaluation doivent être mentionnés au moins <u>chaque semaine</u> (cette fréquence n'est pas valable pour les consultations et les prestations diabète vu qu'elles ne sont prestées qu'une seule fois ou qu'elles comprennent un rapport ou un plan de soins infirmiers)

Niveau 3 Contenu spécifique supplémentaire en fonction de la prestation			Voir directives spécifiques dans la nomenclature
--	--	--	---

ANNEXE 1

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.

1.4.2.3 Jurisprudence

1 4.2 3.1 SECM contre Madame A F. - N° de rôle FA-003-09 et FA-038-09

Chambre de première instance - décision prononcée le 24 juin 2010

« Le Service d'évaluation et de contrôle médicaux formule deux griefs à l'égard de madame F

Ces griefs sont les suivants

avoir porté en compte des prestations non effectuées (),

avoir porté en compte des prestations non conformes en attestant des prestations pour lesquelles n'était pas tenu de "dossier infirmier"

(.)

Le Service d'évaluation et de contrôle médicaux explique également que madame F ne tenait pas de dossier infirmier pour les patients (.), même si c'était sans doute sur base des consignes de monsieur V. Par conséquent, toutes ses prestations () étaient attestées de manière non conforme et ne pouvaient donner droit au remboursement

(..)

La réalité des griefs

15

La Chambre constate que la réalité des griefs adressés à madame F n'est pas contestée en tant que telle, hormis quelques prestations visées par le premier grief et qu'elle soutient avoir accomplies elle-même

Cette dernière réserve est cependant sans pertinence dès lors que ces prestations, même effectuées par madame F et exclues du premier grief, relèvent alors du second puisqu'elles n'ont, pas d'avantage que les autres, fait l'objet de mention dans le dossier infirmier et qu'elles ont donc été indument portées en compte

(.)

PAR CES MOTIFS,

LA CHAMBRE DE PREMIÈRE INSTANCE,

1

Constata que les deux griefs formulés à l'égard de madame A F et décrits ci-avant (.) sont établis,

()

3

Dit pour droit que ces griefs ont généré un indu à charge de l'assurance soins de santé de () euros,

Condamne (.) madame A F () à rembourser cette somme, () »

1.4 2 3 2 Madame O P. contre SECM n° de rôle FA-013-13

Chambre de première instance - décision prononcée le 21 janvier 2015

« En l'espèce, l'article 8 §4, 2° de la NPS prévoit en ce qui concerne la tenue du dossier infirmier

()

La tenue du dossier infirmier n'est pas liée à des conditions de forme (le dossier automatisé est autorisé)

Sans préjudice des délais de conservation imposés par d'autres législations, le dossier infirmier doit être conservé pendant une période d'au moins cinq ans 7

Le dossier infirmier d'un bénéficiaire peut être tenu à jour conjointement par plusieurs praticiens de l'art infirmier, mais chacun d'eux demeure responsable de la tenue à jour des éléments du dossier relatifs aux soins qu'il a dispensés"

Cette disposition est claire

Si elle ne prévoit effectivement pas de condition de forme concernant la tenue du dossier infirmier, il s'agit en l'occurrence de laisser le choix au prestataire de soins entre la forme manuscrite et la voie électronique, via un notamment un programme informatique. Il ne se déduit nullement de cette disposition que la simple communication de certaines informations aux OA constitue ce dossier infirmier. Ce ne sont pas les OA qui sont responsables de la tenue du dossier infirmier, mais bien le dispensateur de soins, comme cela ressort clairement de la disposition en cause, et c'est ce dernier qui doit conserver le dossier infirmier pendant au moins 5 ans.

Madame O ne peut donc se dédouaner de son obligation de tenir un dossier infirmier en renvoyant aux informations détenues par les OA, qui ne sont nullement centralisées et non accessibles aux autres dispensateurs de soins qui seraient amenés à dispenser des soins au domicile de l'assuré.

Par ailleurs, les données de facturation communiquées aux OA ne contiennent pas toutes les données exigées pour la tenue du dossier infirmier.

En l'espèce, il ressort des auditions des assurés concernés qu'il n'y avait aucun dossier infirmier ni carnet de soins présents chez eux pour la période litigieuse ()

Madame O travaille en outre dans un hôpital. Elle ne peut ignorer les obligations qui reposent sur les infirmiers en ce qui concerne la tenue du dossier infirmier.

(.)

La Chambre de première instance ne peut dès lors que constater que le grief principal invoqué par le SECM, est établi. L'indu total s'élève à (.) €

Par conséquent, il n'y a pas lieu d'examiner les griefs subsidiaires invoqués par le SECM (absence de dossier infirmier palliatif et soins de plaie complexes, administration de l'alimentation parentérale non-conforme, surscorage de l'état de dépendance physique, surscorage de l'échelle d'évaluation, prestations de base non-attestables, autres déplacements indus)

(..)

2 Sanction

2.1 Amende administrative - principes

Pour entraîner une amende, deux éléments doivent être réunis : un élément matériel et un élément moral.

L'élément matériel réside dans la transgression d'une disposition légale ou réglementaire (accomplissement de l'acte interdit ou omission de l'acte prescrit)

L'élément moral suppose que cette transgression soit commise librement et consciemment

()

L'erreur ou l'ignorance ne peuvent être retenues comme causes de justification que pour autant qu'elles soient invincibles, c'est-à-dire lorsqu'il peut se déduire de circonstances que l'auteur de l'infraction a agi comme l'aurait fait toute personne raisonnable et prudente ()

La complexité de la législation sociale en vigueur ne peut être considérée comme source d'erreur invincible"

De plus, la simple constatation que l'auteur de l'infraction ait été mal conseillé, fût-ce par une personne qualifiée, ne suffit pas en soi pour que l'erreur soit considérée comme étant invincible, il appartient au juge d'apprécier en fait si pareil avis a induit l'auteur de l'infraction dans un état d'erreur invincible"

(.)

Le SECM demande en l'espèce que Madame O soit condamnée au paiement d'une amende administrative ()

(.)

PAR CES MOTIFS,

LA CHAMBRE DE PREMIERE INSTANCE,

Statuant contradictoirement,

(.)

Confirme la décision du fonctionnaire-dégeant du service d'évaluation et de contrôle médicaux, (..) notifiée à Madame O (.),

Décide toutefois d'assortir la condamnation à une amende administrative (.)

1.4.3 Cas retenus

Remarque de portée générale pour les 11 dossiers infirmiers concernés

L'analyse de chaque dossier infirmier montre que leur contenu ne correspond pas à ce qu'en exige la nomenclature

Bien que la tenue incomplète des dossiers infirmiers soit constante, le SECM reprend à grief, uniquement le mois de décembre 2013 et ce à titre d'exemple.

Le SECM a scanné partiellement la feuille du dossier du mois de décembre 2013 pour chaque assuré, dès l'instant où le SECM l'a reçue.

L'infraction a été constatée dans 11 cas d'assurés, pour la période de prestations du 01/12/13 au 31/12/13 et d'introduction auprès des OA du 11/01/2014 au 31/01/2014

Le grief est formulé pour 1.016 prestations :

- 146 prestations 423076 W 0,484 (administr. de médicaments par voie IM, SC ou hypoderm semaine)
- 63 prestations 423231 W 0,070 (honorare suivi diabétique semaine)
- 64 prestations 423275 W 0,730 (administr de médicaments par voie IM, SC ou hypoderm WE ou jour férié)
- 30 prestations 423334 W 0,070 (honorare suivi diabétique WE ou jour férié)
- 21 prestations 424351 W 1,759 (soins de plaie(s) complexe(s) semaine)

- 10 prestations 424513 W 2,562 (soins de plaie(s) complexe(s) WE ou jour férié)
- 122 prestations 425014 W 0,879 (1^{ère} prestation de base en semaine)
- 52 prestations 425036 W 0,879 (2^{ème} prestation de base en semaine)
- 42 prestations 425051 W 0,879 (3^{ème} prestation de base en semaine)
- 101 prestations 425110 W 1,167 (soins d'hygiène – toilette en semaine)
- 63 prestations 425272 W 3,825 (forfait A semaine)
- 42 prestations 425316 W 10,083 (forfait C semaine)
- 58 prestations 425412 W 1,206 (1^{ère} prestation de base WE ou jour férié)
- 22 prestations 425434 W 1,206 (2^{ème} prestation de base WE ou jour férié)
- 20 prestations 425456 W 1,206 (3^{ème} prestation de base WE ou jour férié)
- 48 prestations 425515 W 1,754 (soins d'hygiène – toilette WE ou jour férié)
- 30 prestations 425670 W 5,710 (forfait a WE ou jour férié)
- 20 prestations 425714 W 15,017 (forfait C WE ou jour férié)
- 42 prestations 428035 W 0,134 (valorisation de prestations multiples semaine)
- 20 prestations 428050 W 0,134 (valorisation de prestations multiples WE ou jour férié)

1.4.4. Indu total de 7.165,06 €.

CAS	ASSURÉ	423076	423231	423275	423334	424351	424513	425014	425036	425051	425110	425272	425316	425412	425434	425456	425515	425670	425714	428035	428050	INDU
1	J											21						10				599,04 €
2	K	42	21	20	10			21	21	21				10	10		10					602,45 €
3	E	20		4				17	10	17				8	2		8					353,53 €
4	C		21		10								21						10	21	10	1 617,66 €
5	F												21						10	21	10	1 608,05 €
6	L							21			21			10			10					312,79 €
7	D							21			21			10			10					240,38 €
8	G	84	21	40	10	21	10	21	21	42				10	10	20						464,47 €
9	M											21						10				454,86 €
10	I							21			21			10			10					312,79 €
11	N											21						10				599,04 €
sous-totaux		146	63	64	30	21	10	122	52	42	101	63	42	58	22	20	48	30	20	42	20	
TOTAUX		1016																				7 165,06 €

1.5 Grief n°5

Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer les 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, de ladite loi, aux conditions prévues dans la présente loi, dans ses arrêtés et règlements d'exécution, dans les conventions et accords conclus en vertu de cette même loi, s'agissant de prestations qui requièrent la qualification de praticien de l'art infirmier qui ont été réalisées par des tiers non habilités (aides soignantes) et portées en compte en violation de l'article 8, § 11 et 12 de la nomenclature.

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

En l'espèce, il s'agit de 7 bénéficiaires au nom desquels des prestations de l'article 8, § 1er de la nomenclature, volontairement limitées aux soins d'hygiène et aux honoraires forfaitaires par journée de soins pour lesquels la réalisation d'un soin d'hygiène conditionne le remboursement, qui requièrent la qualification de praticien de l'art infirmier, ont été portées en compte alors qu'elles ont été effectuées par des aides-soignantes

A noter que le SECM se limite volontairement aux 7 bénéficiaires vus par le service.

1.5.1 Prestations en cause

SECTION 4 - Soins donnés par des infirmiers gradués ou assimilés, des accoucheuses, des infirmiers brevetés, des hospitaliers/assistants en soins hospitaliers ou assimilés "Art 8. § 1er Les prestations suivantes sont considérées comme des prestations qui requièrent la qualification d'infirmier gradué ou assimilé, d'accoucheuse, d'infirmier breveté, d'hospitalier/assistant en soins hospitaliers ou assimilé, appelés ci-après praticiens de l'art infirmier (W) ()		
1° Prestations effectuées au cours d'une séance de soins infirmiers au domicile ou à la résidence du bénéficiaire.		
I Séance de soins infirmiers.		
A Prestation de base.		
425014	Première prestation de base de la journée de soins	W 0,879
B. Prestations techniques de soins infirmiers		
425110	Soins d'hygiène (toilettes)	W 1,167
II Honoraires forfaitaires par journée de soins pour des patients lourdement dépendants		
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
2° Prestations effectuées au cours d'une séance de soins infirmiers durant le week-end ou un jour férié au domicile ou à la résidence du bénéficiaire.		
I. Séance de soins infirmiers		
A. Prestation de base.		
425412	Première prestation de base de la journée de soins	W 1,206
B Prestations techniques de soins infirmiers		
425515	Soins d'hygiène (toilettes)	W 1,754
II. Honoraires forfaitaires par journée de soins pour des patients lourdement dépendants.		
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 5,710

1.5.2 Base légale

La base légale du grief repose sur la conjonction des articles 2 n), 34-1° b), 35 et 53 de la loi coordonnée le 14/07/1994, ainsi que sur l'article 8, §§ 1er et 11 de la nomenclature des prestations de santé

L'article 2, n) de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 dispose

« () **Art. 2** Dans la présente loi coordonnée, on entend ()

n) par "dispensateur de soins", les praticiens de l'art de guérir, les kinésithérapeutes, les praticiens de l'art infirmier, les auxiliaires paramédicaux, les établissements hospitaliers, les établissements de rééducation fonctionnelle et de réadaptation professionnelle et les autres services et institutions () »

D'autre part, l'article 34-1°, b) de la même loi coordonnée dispose que

« () **Art. 34.** Les prestations de santé portent tant sur les soins préventifs que sur les soins curatifs. Elles comprennent

1° les soins courants comportant ()

b) les soins donnés par des praticiens de l'art infirmier et par des services de soins infirmiers à domicile précités doivent répondre aux critères fixés par le Roi, en exécution de l'article 5, § 1er, premier alinéa de la loi du 27 juin 1978 modifiant la législation sur les hôpitaux et relative à certaines autres formes de dispensation, modifié par la loi du 25 janvier 1999 ()

Les articles 35, 37 et 53 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 définissent l'usage de la nomenclature des prestations de santé en ces termes

« () **Article 35. §1er.** Le Roi établit la nomenclature des prestations de santé, à l'exception des prestations visées à l'article 34, alinéa 1er, 4°bis et 5°, b), c, d) et e) ()

Cette nomenclature énumère lesdites prestations, en fixe la valeur relative et précise, notamment, ses règles d'application, ainsi que la qualification requise de la personne habilitée à effectuer chacune d'elles. Le cas échéant, des tarifs différents peuvent être appliqués pour une même prestation selon que le dispensateur de soins répond ou non à des conditions supplémentaires, autres que celles relatives à la qualification, telles que prévues dans la nomenclature () »

« () **Article 37. §13.** Le Roi peut, sur la proposition ou après avis de la Commission de convention et après avis du Comité de l'assurance et de la Commission de contrôle budgétaire, fixer une intervention forfaitaire de l'assurance pour les prestations qu'il détermine et qui sont visées à l'article 34, alinéa 1er, 1°, b), ainsi que pour les coûts spécifiques des services de soins infirmiers à domicile mentionnés dans cet article, et fixer les conditions d'octroi de ces interventions

Le Roi peut cependant prévoir que les prestations auxquelles le forfait est applicable, ne sont remboursées par le forfait que pour une partie précisée par Lui »

« (..) **Article 53. § 1er** Les dispensateurs de soins dont les prestations donnent lieu à une intervention de l'Assurance sont tenus de remettre aux bénéficiaires ou, dans le cadre du régime du tiers payant, aux organismes assureurs, une attestation de soins ou de fournitures ou un document équivalent dont le modèle est arrêté par le Comité de l'assurance, où figure la mention des prestations effectuées, pour les prestations reprises à la nomenclature visée à l'article 35 §1er, cette mention est indiquée par le numéro d'ordre à ladite nomenclature, ou de la manière déterminée dans un règlement pris par le Comité de l'assurance sur la proposition du Conseil technique compétent en fonction de la nature des prestations () »

A noter que la nomenclature des prestations de santé est bien le texte légal qui, au plan de l'assurance obligatoire soins de santé indemnités, définit les qualifications requises pour pouvoir porter en compte les prestations ,

Elle dispose en effet que

"() **Art. 8, § 1er** 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 (V)

§ 11 Le praticien de l'art infirmier ne peut établir ni signer une attestation de soins donnés lorsque les prestations sont effectuées par une personne non habilitée à les porter en compte à l'assurance soins de santé, qui se substitue en tout ou en partie au praticien de l'art infirmier, même en présence de ce dernier

L'assistance d'une tierce personne ne peut être sollicitée que si l'état du patient nécessite une aide durant l'exécution de la prestation ()

La qualification de praticien de l'art infirmier repose en fait sur les conditions d'exercice de l'art infirmier telles que définies au chapitre I ter de l'AR n° 78 du 10 11 67 relatif à l'exercice des professions des soins de santé qui précise notamment

« () **Art. 21 quater, § 1er** Nul ne peut exercer l'art infirmier, tel que visé à l'article 21quinqies, s'il n'est agréé en tant que porteur, soit du titre professionnel de praticien infirmier, soit du titre professionnel de praticien infirmier gradué, et si en outre il ne répond pas aux conditions fixées à l'article 21sexies ou s'il répond à la disposition du § 3 du présent article

§ 2 L'agrément visé au § 1er est accordé conformément à la procédure fixée par le Roi et pour autant qu'il soit répondu aux critères d'agrément fixés par le Roi, après avis du Conseil national de l'art infirmier

L'agrément comme porteur du titre professionnel de praticien infirmier gradué ne peut être accordé qu'au porteur d'un diplôme d'enseignement supérieur en soins infirmiers

L'agrément comme porteur du titre professionnel de praticien infirmier ne peut être accordé qu'au porteur d'un brevet ou diplôme du 4e degré de l'enseignement secondaire en soins infirmiers ou d'un brevet d'enseignement professionnel secondaire complémentaire, section nursing

Les diplômes ou brevets visés doivent avoir été délivrés après une formation dans le cadre de l'enseignement de plein exercice comportant au moins 3 années d'études ou son équivalent dans l'enseignement de promotion sociale, organisé dans un établissement scolaire reconnu par l'autorité compétente

L'agrément visé au § 1er ressort d'un document signé par le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions ou par un fonctionnaire délégué par lui

§ 3. Les personnes qui, à la date d'entrée en vigueur de la loi du 10 août 2001 portant des mesures en matière de soins de santé, sont en possession du brevet ou du titre d'hospitalier ou d'hospitalière, du brevet ou du titre d'assistant ou d'assistante en soins hospitaliers, du brevet ou du titre d'infirmier ou d'infirmière, du diplôme ou du titre "in de verpleegkunde", du diplôme ou du titre d'infirmier gradué ou d'infirmière graduée, visés en application de l'article 21sexies sont agréées de plein droit en tant que porteurs du titre professionnel respectif d'hospitalier ou d'hospitalière, d'assistant ou d'assistante en soins hospitaliers, de praticien infirmier, ou de praticien infirmier gradué

Les personnes qui, à la date d'entrée en vigueur de la loi du 10 août 2001 portant des mesures en matière de soins de santé, sont en possession d'un brevet ou titre non visé d'hospitalier ou d'hospitalière, d'assistant ou d'assistante en soins hospitaliers, peuvent exercer l'art infirmier, comme visé à l'article 21quinqies, si elles sont agréées en tant que porteuses du titre professionnel d'hospitalier ou d'hospitalière, d'assistant ou d'assistante en soins hospitaliers et si elles répondent aux conditions fixées à l'article 21sexies

L'agrément est accordé conformément à la procédure fixée par le Roi et pour autant qu'il soit répondu aux critères d'agrément fixés par le Roi, après avis du Conseil national de l'art infirmier

Cet agrément ressort d'un document signé par le ministre qui a la Santé publique dans ses attributions ou par un fonctionnaire délégué par lui

§ 4. Le porteur du titre professionnel d'accoucheuse, qui a obtenu son diplôme avant le 1^{er} octobre de la quatrième année après l'entrée en vigueur de l'article 34 de la même loi du 10 août 2001 portant des mesures en matière de soins de santé, peut exercer de plein droit l'art infirmier sous les mêmes conditions que les porteurs du titre professionnel de praticien infirmier gradué

Le porteur du titre professionnel d'accoucheuse peut de plein droit exercer l'art infirmier dans le domaine de l'art obstétrical, du traitement de la fertilité et de la néonatalogie

Art. 21sexies, § 1^{er}. Les certificats, brevets ou diplômes des personnes visées à l'article 21quater, doivent être visés préalablement par la commission médicale prévue à l'article 36, et qui est compétente en raison du lieu où elles comptent s'établir

Avant l'octroi du visa, la Commission d'agrément du Conseil national de l'art infirmier vérifie s'il est répondu aux critères d'agrément en tant que porteur du titre professionnel visé à l'article 21quater, conformément aux modalités fixées par le Roi, après avis du Conseil national de l'art infirmier

Le visa est octroyé contre paiement d'une redevance. Le Roi fixe les montants et les modalités de paiement

§ 2. A la demande de l'intéressé, la commission médicale peut viser le document par lequel la direction de l'établissement d'enseignement ou le jury d'examen compétent atteste que le demandeur a réussi l'examen final donnant droit au diplôme ou brevet

Les effets de ce visa cessent à l'expiration du mois qui suit celui de l'homologation du diplôme ou du brevet et, au plus tard, à l'expiration du douzième mois suivant celui de l'octroi du visa)

Art. 21octies Il est interdit à tout praticien de l'art infirmier de prêter d'une manière quelconque son concours ou son assistance à un tiers non qualifié à l'effet de permettre à ce dernier d'exercer l'art infirmier

Art. 21novies Nul ne peut attribuer à des personnes qu'il occupe, même bénévolement, un des titres professionnels visés à l'article 21quater, § 1^{er}, si ces personnes ne répondent pas aux conditions fixées par l'article 21quater, § 1^{er}) () »

Le non respect de ces dispositions expose les contrevenants à des sanctions pénales et disciplinaires prévues au chapitre IV de ce même AR

« () **Art. 38ter** Sans préjudice de l'application des peines prévues par le Code pénal, est puni d'un emprisonnement de huit jours à trois mois et d'une amende de vingt-six à deux mille francs ou d'une de ces peines seulement

1° Celui qui, ne disposant pas de l'agrément nécessaire ou ne réunissant pas les conditions fixées par l'article 21quater, § 1^{er}, exerce une ou plusieurs activités relevant de l'art infirmier telles que prévues à l'article 21quinquies, § 1, a), avec l'intention d'en tirer un bénéfice financier ou exerce habituellement une ou plusieurs activités visées à l'article 21quinquies, § 1^{er}, b) et c)

Cette disposition n'est pas d'application aux personnes habilitées à exercer la médecine, ni aux accoucheuses, aux aides-soignants et aux praticiens de la kinésithérapie ou d'une profession paramédicale pour ce qui est de l'exercice réglementaire de leur profession

Elle n'est pas davantage d'application à l'étudiant en médecine, à l'étudiant en kinésithérapie, à l'étudiante accoucheuse et à la personne suivant une formation paramédicale exerçant les activités susmentionnées dans le cadre de sa formation, ni à

l'étudiant exerçant les activités susmentionnées dans le cadre d'une formation reconnue permettant d'obtenir l'agrément visé à l'article 21quater, § 1er, ou à l'article 21quinquiesdecies,)

2° Le praticien de l'art infirmier qui, en infraction à l'article (21octies), prête d'une manière quelconque sa collaboration à un tiers ou lui sert de prête-nom, aux fins de le soustraire aux peines réprimant l'exercice illégal de l'art infirmier,

3° Celui qui, par voies de fait ou par violence, empêche ou entrave l'exercice régulier et normal de l'art infirmier par une personne réunissant les conditions requises,

4° Celui qui charge habituellement de l'exercice de l'art infirmier ou autorise habituellement à cette fin une personne qui n'est pas en possession de l'agrément visé à l'article 21quater ou de l'enregistrement visé à l'article 21quinquiesdecies et d'un titre de qualification visé ou qui n'a pas la qualité d'étudiant prévue au 1° du présent article,)

5° Celui qui charge habituellement une des personnes visées à l'article (21quater), de l'accomplissement d'un acte qui est considéré comme relevant de l'art médical, sauf s'il s'agit d'un acte prévu à l'article (21quinquies), § 1er, c,

6° Le praticien de l'art infirmier qui exerce en violation des règlements pris en exécution de l'article (21quinquies), § 2

7° Celui qui charge habituellement une des personnes visées à l'article 21quinquiesdecies de l'accomplissement d'un acte qui est considéré comme relevant de l'art médical) () »

Il résulte de ces exigences légales qu'une personne n'étant pas qualifiée en tant que praticien de l'art infirmier ne peut être considérée au sens des articles 2 n) et 34 1° b) de la loi coordonnée le 14/07/1994 comme habilitée à effectuer et à porter en compte des prestations reprises à l'article 8 § 1er de l'annexe à l'A.R. du 14/09/1984 établissant la nomenclature des prestations de santé.

A noter que l'exercice de la profession d'aide soignante est également réglementé par les dispositions du chapitre I ter de l'AR n° 78 du 10.11.67 relatif à l'exercice des professions des soins de santé qui précise notamment

« () **Art. 21quinquiesdecies** Nul ne peut exercer la profession d'aide soignant sans avoir été enregistré au sein des services du gouvernement, conformément aux modalités fixées par le Roi

Art 21sexiesdecies § 1er On entend par aide soignant, une personne spécifiquement formée pour assister l'infirmier ou l'infirmière, sous leur contrôle, en matière de soins, d'éducation et de logistique, dans le cadre des activités coordonnées par l'infirmier ou l'infirmière dans une équipe structurée

§ 2. Le Roi détermine, après avis du Conseil National de l'art infirmier et la Commission technique de l'art infirmier, les activités mentionnées à l'article 21quinquies § 1er, a) et b), que l'aide soignant peut réaliser, et fixe les modalités d'exécution de ces activités afférentes à la fonction d'aide soignant, conformément au § 1er

Art 21septiesdecies § 1er Les certificats, brevets ou diplômes des personnes visées à l'article 21quinquiesdecies, doivent être visés préalablement par la commission médicale prévue à l'article 36, et qui est compétente en raison du lieu où elles comptent s'établir

Avant l'octroi du visa, la Commission d'agrément du Conseil national de l'art infirmier vérifie s'il est répondu aux modalités d'enregistrement en tant qu'aide soignant visées à l'article 21quinquiesdecies, conformément aux modalités fixées par le Roi, après avis du Conseil national de l'art infirmier

Le visa est octroyé contre paiement d'une redevance Le Roi fixe les montants et les modalités de paiement

§ 2. A la demande de l'intéressé, la commission médicale peut viser le document par lequel la direction de l'établissement d'enseignement ou le jury d'examen compétent atteste que le demandeur a réussi l'examen final donnant droit au diplôme ou brevet

Les effets de ce visa cessent à l'expiration du mois qui suit celui de l'homologation du diplôme ou du brevet et, au plus tard, à l'expiration douzième mois suivant celui de l'octroi du visa () »

Les modalités d'enregistrement dont question à l'article 21quinquiesdecies ci-dessus sont définies par un AR du 12/01/2006

Un autre AR du 12/01/2006 définit les activités infirmières qui peuvent être effectuées par des aides-soignantes et les conditions dans lesquelles ces aides-soignantes peuvent poser ces actes :

« () **Art. 1** Pour l'application du présent arrêté, il faut entendre par

1° " aide-soignant " l'aide-soignant visé à l'article 21sexiesdecies de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions de soins de santé,

2° " infirmier " la personne visée à l'article 21quater de l'arrêté royal n° 78 précité,

3° " activités " les activités infirmières visées à l'article 21quinquies, § 1er a) et b) de l'arrêté royal n° 78 précité

Art. 2 Les activités qu'un aide-soignant peut effectuer, sont déterminées dans l'annexe du présent arrêté

L'aide-soignant ne peut accomplir ces activités que dans la mesure où un infirmier les lui a déléguées. L'infirmier peut, à tout moment, mettre fin à cette délégation

Art. 3. § 1er. L'aide-soignant travaille au sein d'une équipe structurée.

L'équipe structurée doit répondre au minimum aux critères suivants :

1° La répartition des infirmiers dans l'équipe structurée doit être telle qu'ils puissent contrôler les activités des aides-soignants.

2° L'équipe structurée doit garantir la continuité et la qualité des soins

3° Elle organise la concertation commune au sujet des patients dans le cadre de laquelle elle a procédé à une évaluation du plan de soins visé au § 3 et le cas échéant à une adaptation de celui-ci.

4° Elle instaure une procédure de collaboration entre l'infirmier et l'aide-soignant. Ce dernier fait rapport le jour même à l'infirmier qui contrôle ses activités.

5° Elle bénéficie d'une formation permanente.

§ 2. Par " contrôle " on entend le contrôle dont question à l'article 21sexiesdecies de l'arrêté royal n° 78 susmentionné du 10 novembre 1967

1° L'infirmier veille à ce que les soins, l'éducation à la santé et les activités logistiques qu'il a déléguées aux aides-soignants de l'équipe structurée, sont effectués d'une manière correcte

2° Le nombre d'aides-soignants qui travaille sous le contrôle de l'infirmier, dépend des effectifs prévus pour l'équipe structurée, de la complexité des soins et de la stabilité de l'état des patients. Compte tenu de ces éléments, la présence de l'infirmier lors de l'exercice des activités de l'aide soignant n'est pas toujours indispensable

3° L'infirmier doit être accessible pour donner les informations et le support indispensable à l'aide-soignant

§ 3 L'aide soignant collabore, dans la limite de sa qualification et de sa formation, à la tenue à jour pour chaque patient du dossier infirmier visé à l'article 21quinquies, § 2, de l'arrêté royal n°78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions de soins de santé

Art. 4 L'aide-soignant doit bénéficier chaque année d'une formation permanente d'au moins 8 heures () »

En annexe à cet AR du 12/01/2006 figure la liste des activités infirmières que l'aide-soignant(e) peut effectuer sous contrôle de l'infirmier(ère) et dans une équipe structurée ; parmi ces prestations figurent les soins d'hygiène.

Activité	Référence à la liste des prestations infirmières ¹
Observer et signaler les changements chez le patient sur les plans physique, psychique et social dans le contexte des activités de la vie quotidienne (A V Q)	Art 21 quinquies §1er a
Informier et conseiller le patient/résident et sa famille conformément au plan de soins, relativement aux prestations techniques autorisées	Art 21 quinquies §1er a
Assister le patient/résident et son entourage dans les moments difficiles	Art 21 quinquies §1er a
Soins de bouche	A R 18/6/90/ 1 1
Enlever et remettre les bas destinés à prévenir et/ou traiter des affections veineuses, à l'exception de la thérapie par compression à l'aide de bandes élastiques	A R 18/6/90/ 1 2
Observer le fonctionnement des sondes vésicales et signaler les problèmes	A R 18/6/90/ 1 4
Soins d'hygiène à une stomie cicatrisée, ne nécessitant pas des soins de plaies	A R 18/6/90/ 1 5
Surveiller l'hydratation par voie orale du patient/résident et signaler les problèmes	A R 18/6/90/ 1 6
Aide à la prise de médicaments par voie orale, selon un système de distribution préparé et personnalisé par un(e) infirmier(ière) ou un pharmacien	A R 18/6/90/ 1 7
Aide à l'alimentation et l'hydratation par voie orale à l'exception des cas d'alimentation par sonde et de troubles de la déglutition	A R 18/6/90/2
Installation et surveillance du patient/résident dans une position fonctionnelle avec support technique, conformément au plan de soins	A R 18/6/90/3
Soins d'hygiène chez les patients/résidents souffrant de dysfonction de l'A V Q , conformément au plan de soins	A R 18/6/90/4
Transport des patients/résidents, conformément au plan de soins	A R 18/6/90/5
Application des mesures en vue de prévenir les lésions corporelles, conformément au plan de soins	A R 18/6/90/5
Application des mesures en vue de prévenir les infections, conformément au plan de soins	A R 18/6/90/5
Application des mesures dans le cadre de la prévention des escarres, conformément au plan de soins	A R 18/6/90/5
Prise du pouls et de la température corporelle, signalement des résultats	A R 18/6/90/6
Assistance du patient/résident lors du prélèvement non stérile d'excréments et de sécrétions	A R 18/6/90/6

¹ article 21quinquies de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé et de l'arrêté royal du 18 juin 1990 portant fixation de la liste des prestations techniques de soins infirmiers et de la liste des actes pouvant être confiés par un médecin à des praticiens de l'art infirmier, ainsi que des modalités d'exécution relatives à ces prestations et à ces actes et des conditions de qualification auxquelles les praticiens de l'art infirmier doivent répondre

Depuis le 01/01/2014, l'article 8§12 de la NPS énumère les conditions exigées pour que des prestations réalisées par un aide-soignant puissent être portées en compte à l'ASS.

"§ 12 Dispositions détaillées concernant les prestations dans le cadre desquelles un aide-soignant effectue des activités infirmières, confiées par un infirmier

1° Sans porter préjudice aux dispositions des autres paragraphes du présent article, une intervention de l'assurance est octroyée pour les prestations décrites dans cet article dans le cadre desquelles un aide-soignant effectue des activités infirmières, confiées par un infirmier, aux conditions mentionnées dans le présent paragraphe. Par « aide-soignant » on entend la personne visée à l'article 21sexiesdecies de l'arrêté royal n°78 du 10 novembre 1967. Les « activités infirmières » en question sont fixées par l'AR du 12 janvier 2006 fixant les activités infirmières qui peuvent être effectuées par des aides-soignants et les conditions dans lesquelles ces aides-soignants peuvent poser ces actes. Si les conditions de ce paragraphe ne sont pas remplies il n'y a pas d'intervention de l'assurance.

2° Ces prestations doivent être dispensées au sein d'une équipe structurée. Cette équipe doit se composer d'au moins 4 infirmiers qui ont tous adhéré à la convention nationale et qui exercent l'art infirmier à titre principal. Cette équipe utilise le même numéro tiers-payant de groupe.

En outre, cette équipe doit chaque mois être composée de minimum 4 infirmiers qui ensemble attestent chaque mois des prestations de l'article 8 pour une valeur minimale de 4 000 W et ce durant une période de 6 mois précédant le mois au cours duquel une prestation attestée a été dispensée par un aide-soignant.

Il doit à chaque fois s'agir des infirmiers qui ont effectivement collaboré à un aspect des soins dispensés aux patients, à l'exception d'aspects administratifs ou de coordination. En ce qui concerne la condition d'activité susmentionnée, les prestations pour lesquelles des aides-soignants ont dispensé les soins entièrement ou en partie ne sont pas prises en considération.

L'équipe structurée doit avoir conclu des accords internes sur les modalités pratiques de la délégation d'activités infirmières aux aides soignants et sur la collaboration entre les membres de l'équipe. Ces accords internes doivent répondre à une directive qui est fixée par le Comité de l'assurance soins de santé. Le respect de ces accords est une condition pour l'intervention de l'assurance.

L'équipe structurée doit introduire une déclaration sur l'honneur auprès de l'INAMI conformément à une directive fixée par le Comité de l'assurance soins de santé, comprenant au moins les données permettant d'identifier l'équipe.

3° Maximum 25% des prestations de base attestées, aussi bien dans les honoraires forfaitaires qu'en-dehors, qui sont dispensées au cours d'un mois calendrier par une équipe structurée peuvent être effectuées par des aides-soignants.

4° Les aides-soignants ne peuvent dispenser d'actes dans le cadre des honoraires visés aux rubriques IV et V du § 1^{er}, 1° et 2°.

5° Dans le cadre de la délégation, fixée dans l'arrêté royal du 12 janvier 2006 fixant les activités infirmières qui peuvent être effectuées par des aides-soignants et les conditions dans lesquelles ces aides-soignants peuvent poser ces actes, les infirmiers effectuent des visites de contrôle. Au cours de cette visite de contrôle, on vérifie si cette délégation se déroule correctement. Lors de cette visite de contrôle, l'infirmier doit dispenser lui-même les soins nécessaires au cours de cette visite, éventuellement en présence de l'aide-soignant. Les soins au patient ne peuvent être étalés sur plusieurs séances de soins que pour des raisons médicales figurant sur la prescription.

Le nombre minimum de visites de contrôle est fixé à une fois par mois pour chaque patient chez qui un aide-soignant effectue des activités infirmières, excepté

a) dans le cadre des honoraires forfaitaires, dénommés forfaits A, où une visite de contrôle doit être effectuée au moins deux fois par mois,

b) dans le cadre des honoraires forfaitaires, dénommés forfaits B, où une visite de contrôle doit être effectuée au moins quatre fois par mois,

c) dans le cadre des honoraires forfaitaires, dénommés forfaits C, où au moins une visite de contrôle quotidienne doit être effectuée.

La fréquence et les moments de ces visites de contrôle doivent être adéquats du point de vue de la situation de soin du patient et doivent être motivés dans un dossier infirmier.

6° L'infirmier qui délègue peut attester l'activité de l'aide-soignant en son propre nom par le biais des codes nomenclature en question au § 1^{er}, moyennant l'identification de l'aide-soignant via le numéro INAMI du dispensateur et des prestations dispensées par cet aide-soignant sur l'attestation de soins donnés ou un document similaire. Les honoraires couvrent cette activité, ainsi que tous les aspects de contrôle et de surveillance, fixés dans l'arrêté royal du 12 janvier 2006 »

Mr A. ne travaille pas au sein d'une équipe structurelle telle qu'énoncée à l'article 8 §12 2°. Par conséquent, aucune intervention de l'assurance n'est possible pour les « activités infirmières », confiées par un infirmier et effectuées par des aides-soignants.

D'autre part, pour les honoraires forfaitaires, il convient de préciser que la nomenclature érige la réalisation des soins d'hygiène en condition indispensable à leur attestabilité de la manière suivante

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

3° Les honoraires forfaitaires, visés à la rubrique II du § 1^{er}, 1°, 2° () ne peuvent être attestés que si les conditions suivantes sont réalisées

a) pour chaque bénéficiaire dans le chef duquel des honoraires forfaitaires visés à la rubrique II du § 1^{er}, 1°, 2° () ont été attestés, une toilette (prestations 425110, 425515 ou 425913) par journée de soins a été effectuée à l'exception des honoraires forfaitaires PP , () »

1.5.3 Détermination des prestations litigieuses et calcul de l'indu au prorata temporis des heures prestées par chaque catégorie de personnel.

1 5 3 1 Jurisprudence en la matière

La détermination des prestations litigieuses et le calcul de l'indu résultent de l'analyse des comptes individuels de Madame O comme salariées de Mr A fournis par le secrétariat social, en l'occurrence l' , notamment, pour les mois de janvier 2014 à mars 2014

En l'absence de documents internes de facturation permettant de déterminer clairement qui a fait quoi dans les soins dispensés aux assurés, ils ont été déterminés au prorata temporis des heures prestées par Madame O. en les appliquant aux seuls honoraires forfaitaires et soins d'hygiène à l'acte

Dans le dossier d'enquête E/ , le grief principal concernait une infraction aux dispositions de l'article 8, § 11 de la NPS avec facturation de prestations effectuées par des tiers non habilités en dehors d'une adhésion au projet pilote (Art 56, § 5 de la LC)

En l'absence de documents permettant d'identifier clairement la personne qui avait effectivement réalisé les soins d'hygiène (à l'acte et au sein des forfaits) le calcul de l'indu avait été réalisé sur base des données des fiches individuelles DIMONA au prorata des horaires prestés par les différents acteurs

Le point 4 1 2 de la décision de la CPI du 18-07-2013 (n° de rôle FA-021-12) intervenue dans cette affaire (décision non frappée d'appel) a précisé

« Pour le surplus, la méthode de calcul de l'indu adoptée par le SECM est correcte »

1.5.3 2 L'analyse des comptes individuels du personnel de Mr A employé durant la période échelonnée de janvier 2014 à mars 2014– Détermination du prorata temporis

Sur base des comptes individuels mensuels de Madame O , membre du personnel de Mr A. fournis par son secrétariat social, en l'occurrence , et ce pour les mois de janvier 2014 à mars 2014, le service a établi mensuellement d'une part, les heures de prestations attribuées par le service pour l'équivalent d'un temps plein à Mr A et d'autre part, les heures prestées par le personnel non infirmier d'autre part (aide-

soignant) afin de déterminer la proportion de l'implication de l'aide-soignante dans les soins effectués de manière autonome

A noter que pour l'équivalent d'un temps plein, le service a attribué à Mr A , 7h36 par jour de travail multiplié par le nombre de jours calendriers

Le résultat de cette analyse se synthétise comme suit

	01/2014	02/2014	03/2014
A	235,60	212,13	235,60
ETP INF			
O	79	86,96	56
ETP AS			
ETP TOTAL	314,60	299,09	291,60
ETP AS/ETP TOT	0,25	0,29	0,19

L'analyse des comptes individuels objective les heures prestées pour Mr A et témoigne de l'implication active de Madame O dans les soins

1 5 3 3 Détermination des prestations litigieuses

Dans la mesure où l' aide-soignante était principalement impliquée dans la réalisation des toilettes , le SECM a limité la détermination des prestations litigieuses aux seuls soins d'hygiène facturés à l'acte ou dans le contexte des honoraires forfaitaires dans la mesure où l'article 8, § 5, 3° de la NPS érige la réalisation d'un soin d'hygiène conforme en condition de remboursement pour les honoraires forfaitaires

Cependant :

- Pour les prestations de soins d'hygiène à l'acte déjà retenues sous le grief n° 2 – toilette incomplète, l'indu résiduel est de 0,00 € puisque récupéré sous le grief n° 2. Néanmoins, les prestations seront retenues à titre subsidiaire
- Pour les prestations d'honoraires forfaitaires déjà retenues sous le grief n° 3 – surévaluation échelle de Katz : l'indu sera calculé sur la valeur de l'indu par différence du grief, pour les mois de janvier 2014 à mars 2014 (période déterminée pour le grief) (cf. C.) Les prestations litigieuses seront mentionnées par la mention « 5 S »
- Pour les prestations de soins d'hygiène à l'acte attestées conjointement à une ou des prestations techniques de soins infirmiers, l'indu sera calculé soit sur la valeur du soin d'hygiène, soit sur la valeur théorique du soin d'hygiène dans la mesure où la valeur du code plafond a été atteint pour certains assurés (cf K.) Les prestations litigieuses seront mentionnées par la mention « 5 CP », en raison du calcul de la valeur de la prestation dans le contexte du code plafond
- A noter que la prestation de base conjointe au soin d'hygiène ne sera pas retenue à grief dans la mesure où la prestation technique de soins infirmiers a été réalisée par un tiers habilité

1 5 3 4 Cas retenus

1.5 3.4.1 K.

Les prestations de soins d'hygiène (toilette) retenues à grief sont mentionnées dans la colonne grief « NC/NH » sous les mentions « 5 » pour les prestations de weekend/jour férié et « 5 CP » pour les prestations de semaine du tableau repris aux pages 5 à 13 du document E/14004701-0036 (détail ci-après)

Il s'agit

- D'une prestation de soins d'hygiène (toilette) code semaine 425110 et code weekend ou jour férié 425515
- De 2 prestations d'administration de médicaments par voie intramusculaire, sous-cutanée ou hypodermique, attestées en semaine sous le code 423076 et le weekend ou jour férié sous le code 423275
- D' une 1^{ère} prestation de base attestée en semaine sous le code 425014 et le weekend ou jour férié sous le code 425412
- D' une 2^{ème} prestation de base attestée en semaine sous le code 425036 et le weekend ou jour férié sous le code 425434
- D' une prestation « *honoraire de suivi pour l'accompagnement, par un infirmier référent, d'un patient diabétique qui ne passe pas aux soins autonomes* » attestée en semaine sous le code 423231 et le weekend ou jour férié sous le code 423334

Ces prestations ont été portées en compte du 01/01/2014 au 31/03/2014 et introduites au remboursement auprès des OA entre le 28/03/2014 et le 18/04/2014

Calcul du montant des prestations utile pour le calcul de l'indu du grief

Calcul indu jours semaine soin d'hygiène litigieux repris sous mention « 5 CP »

L'art 8 §4 de la nomenclature des prestations de santé précise

"§ 4. Précisions relatives aux prestations visées à la rubrique I du § 1^{er}, 1°, 2° ()

()

"6° Pour un même bénéficiaire, le cumul des honoraires prévus par journée de soins pour les prestations effectuées le même jour à l'occasion de séances de soins différentes par un même ou un autre praticien de l'art infirmier, ne peut dépasser

la valeur W 3,825, lorsque plusieurs prestations visées aux rubriques I, A et I, B du § 1^{er}, 1°, sont attestées, ()"

Donc, la prestation 423231 (honoraire de suivi pour l'accompagnement, par un infirmier référent, d'un patient diabétique qui ne passe pas aux soins autonomes) reprises respectivement sous la rubrique VI du § 1^{er}, 1° n'entre pas en compte pour le calcul du code plafond

CALCUL VALEUR DU SOIN D'HYGIÈNE SEMAINE EN RAISON DU CODE PLAFOND				
PRESTATIONS ATTESTÉES		PRESTATIONS ATTESTABLES		DIFFÉRENCE
CODE	MONTANT REMBOURSÉ PAR L'OA€	CODE	VALEUR	
423076	2,17 €	423076	2,17 €	
423076	2,11 €	423076	2,17 €	
425014	3,68 €	425014	3,68 €	
425036	3,68 €	425036	3,68 €	
425110	5,22 €			
TOTAUX	16,86 €		11,70 €	5,16 €

Donc, en semaine, en raison du code plafond atteint, la valeur théorique du soin d'hygiène vaut 5,16 €

Indu jours weekend/férié soin d'hygiène litigieux repris sous mention « 5 » valeur du soin d'hygiène porté en compte (code plafond non atteint)

Nombre de soins d'hygiène attestés du 01/01/2014 au 31/03/2014

CODE	VALEUR	NBRE	MONTANT
425110	5,16 €	63	325,08 €
425515	7,85 €	27	211,95 €
TOTAUX		90	537,03 €

A noter qu'une prestation de base journalière attestée conjointement au soin d'hygiène n'est pas reprise à grief dans la mesure où une prestation d'administration de médicaments par voie SC a été réalisée par un tiers habilité à la même séance de soins.

Conclusion, le calcul proportionnel se basera sur la valeur des prestations de soins d'hygiène (toilette), soit **90 prestations attestées pour un montant de 537,03 €**

1 5.3.4.2 E.

Les prestations litigieuses retenues à grief sont mentionnées dans la colonne grief « NC/NH» sous :

- le chiffre « 5 » pour les prestations retenues à principal
- une « X » pour les prestations retenues à titre subsidiaire car déjà reprises à titre principal sous le grief n° 3 – soins d'hygiène (toilette) incomplets

du tableau repris aux pages 15 à 17 du document E/

Il s'agit d'une prestation de soins d'hygiène (toilette) code semaine 425110, code weekend ou jour férié 425515, de la 1^{ère} prestation de base y afférente code semaine 425014, code weekend ou jour férié 425412 portées en compte du 09/01/2014 au 31/03/2014. Ces prestations ont été introduites au remboursement auprès de l'OA entre le 13/02/2014 et le 18/04/2014. Des prestations de soins d'hygiène ont été réalisées complètement et partiellement. Les jours ont été détaillés au grief n° 3 (cf pages 16 et 17 de ce PVC)

Le SECM retient à grief, pour la période du 01/01/2014 au 31/03/2014

- **à titre principal** : les prestations de soins d'hygiène (toilette) réalisées complètement les mardis et vendredis, ainsi que la 1^{ère} prestation de base y afférente.
- **à titre subsidiaire** : les prestations de soins d'hygiène (toilette) réalisées partiellement les lundis, mercredis, jeudis, samedis et dimanches, ainsi que la 1^{ère} prestation de base y afférente. Toutes ces prestations ont déjà été retenues à titre principal sous le grief n° 3

Calcul du montant des prestations utile pour le calcul de l'indu du grief

A TITRE PRINCIPAL			
CODE	VALEUR	NBRE	MONTANT
425014	3,68 €	23	84,64 €
425110	5,22 €	23	120,06 €
TOTAUX		46	204,70 €

A TITRE SUBSIDIAIRE – PRESTATIONS DÉJÀ REPRISES SOUS GRIEF N° 3		
CODE	NBRE	INDU RÉSIDUEL
425014	35	
425110	35	
425412	24	
425515	24	
TOTAUX	118	0,00 €

Conclusion, le calcul proportionnel se basera sur la valeur des prestations retenues à titre principal, soit **46 prestations attestées pour un montant de 204,70 €**.

1.5.3.4 3 C

Les prestations retenues à grief sont mentionnées dans la colonne grief « NC/NH » sous la mention « 5 S » du tableau repris aux pages 25 à 36 du document E/

Il s'agit

- d'un honoraire forfaitaire dit forfait C code semaine 425316, code weekend ou jour férié 425714, du pseudocode de la 1^{ère} prestation de base (426635), du pseudocode de la 2^{ème} prestation de base (426650), du pseudocode de la 3^{ème} prestation de base (426672) et de 3 pseudocodes du soin d'hygiène (toilette) (426731)
- d'une prestation *valorisation des prestations multiples et contraignantes chez les patients très dépendants* code semaine 428035 et code weekend ou jour férié 428050
- D'un forfait C repris à titre principal sous le grief n° 4. (décoration Forfaits C → Forfaits A)

Ces prestations ont été portées en compte du 01/01/2014 au 31/03/2014 et introduites au remboursement entre le 28/02/2014 et le 30/04/2014

À noter que

- Les prestations « valorisation des prestations multiples et contraignantes chez les patients très dépendants » ont été retenues sous le grief n°2
- Les honoraires forfaitaires dits forfaits C ont déjà été retenus sous le grief n° 4 · les forfaits C ont été décotés en forfaits A

Les prestations litigieuses sont les forfaits C décotés en forfaits A, pour la période du 01/01/2014 au 31/03/2014

Calcul du montant des prestations utile pour le calcul de l'indu du grief

Indu sera calculé sur le montant de la décotation de forfaits C en forfaits A et pour la période du 01/01/2014 au 31/03/2014

PÉRIODE DU 01/01/2014 AU 31/03/2014							
PRESTATIONS ATTESTÉES				PRESTATIONS ATTESTABLES			
CODE	VALEUR	NBRE	MONTANT	CODE	VALEUR	NBRE	MONTANT
425316	44,87 €	63	2 826,81 €	425272	16,86 €	63	1062,18 €
425714	66,94 €	27	1 807,38 €	425670	25,30 €	27	683,10 €
TOTAUX		90	4 634,19 €				1745,28 €

Conclusion, le calcul proportionnel se basera sur le montant des prestations attestables (obtenu après décotation), soit **1.745,28 € pour 90 prestations**.

1.5.3.4.4 E.

Ces prestations litigieuses sont retenues à titre subsidiaire (car déjà retenues à titre principal sous le grief n° 3 et à titre subsidiaire sous le grief n°4), elles sont mentionnées par une « X » dans la colonne grief « NC/NH » du tableau repris aux pages 50 à 60 du document E/..

Il s'agit

- d'un honoraire forfaitaire dit forfait C code semaine 425316, code weekend ou jour férié 425714 , du pseudocode de la 1^{ère} prestation de base (426635), du pseudocode de la 2^{ème} prestation de base (426650), du pseudocode de la 3^{ème} prestation de base (426672) et de 3 pseudocodes du soin d'hygiène (toilette) (426731)
- d'une prestation *valorisation des prestations multiples et contraignantes chez les patients très dépendants* code semaine 428035 et code weekend ou jour férié 428050

Ces prestations ont été portées en compte du 01/01/2014 au 31/03/2014 et introduites au remboursement auprès de l'OA entre le 13/02/2014 et le 10/04/2014:

Les forfaits C attestés, durant la période du 01/01/2014 au 31/03/2014 ont déjà été retenus à titre principal sous le grief n° 3 – soin d'hygiène incomplet, et à titre subsidiaire sous le grief n° 4 – surévaluation échelle de Katz, décotation des forfaits C en forfaits A.

Donc, les SECM retient à grief les forfaits C attestés durant la période du 01/01/2014 au 31/03/2014.

Ces prestations litigieuses sont retenues à titre subsidiaire (car déjà retenues à titre principal sous le grief n° 3 et à titre subsidiaire sous le grief n°4), elles sont mentionnées par une « X » dans la colonne grief « NC/NH » du tableau repris aux pages 50 à 60 du document E/ ..

Conclusion, le calcul proportionnel ne peut se baser sur aucun montant, la valeur totale des prestations ayant été reprise sous le grief n° 3 (soin d'hygiène incomplet).

1 5 3 4.5 Cas D.

Les prestations litigieuses retenues à grief sont indiquées dans la colonne grief « NC/NH », du tableau repris aux pages 73 à 76 du document E/ par :

- le chiffre « 5 » pour les prestations retenues à principal
- une « X » pour les prestations retenues à titre subsidiaire car déjà reprises à titre principal sous le grief n° 3 – soins d'hygiène (toilette) incomplets

Il s'agit d' une prestation de soins d'hygiène (toilette) code semaine 425110, code weekend ou jour férié 425515, de la 1^{ère} prestation de base y afférente code semaine 425014, code weekend ou jour férié 425412 portées en compte du 01/01/2014 au 31/03/2014

Ces prestations ont été introduites au remboursement entre le 28/02/2014 et le 30/04/2014

Des prestations de soins d'hygiène ont été réalisées complètement et partiellement Les jours ont été détaillés au grief n° 3 (cf. pages 20 à 22 de ce PVC)

Le SECM retient à grief, pour la période du 01/01/2014 au 31/03/2014

- **à titre principal** les prestations de soins d'hygiène (toilette) réalisées complètement les lundis, mercredis et vendredis, ainsi que les 1^{ère} prestations de base y afférentes
- **à titre subsidiaire** les prestations de soins d'hygiène (toilette) réalisées partiellement les lundis, mercredis et vendredis, ainsi que les 1^{ère} prestation de base y afférentes Toutes ces prestations ont déjà été retenues à titre principal sous le grief n° 3.

Calcul du montant des prestations utile pour le calcul de l'indu du grief

CODE	VALEUR	NBRE	MONTANT
425014	2,95 €	38	112,10 €
425110	3,92 €	38	148,96 €
425412	4,05 €	1	4,05 €
425515	5,89 €	1	5,89 €
TOTAUX		78	271,00 €

A TITRE SUBSIDIAIRE – PRESTATIONS DÉJÀ REPRISES SOUS GRIEF N° 3		
CODE	NBRE	INDU RÉSIDUEL
425014	25	

425110	25	
TOTAUX	50	0,00 €

Conclusion, le calcul proportionnel se basera sur la valeur des prestations retenues à titre principal, soit 78 prestations attestées pour un montant de 264,13 €.

1.5.3 4 6 Cas G.

Les prestations retenues à grief sont mentionnées dans la colonne grief « NC/NH » par une « X » car déjà reprises à titre principal sous le grief n° 3 – soins d'hygiène (toilette) incomplets, du tableau repris aux pages 84 à 98 du document E/

Il s'agit

- du 01/01/2014 au 31/03/2014
- prestations d'administration de médicaments par voie intramusculaire, sous-cutanée ou hypodermique, attestées en semaine sous le code 423076 et le weekend ou jour férié sous le code 423275
- une 1^{ère} prestation de base attestée en semaine sous le code 425014 et le weekend ou jour férié sous le code 425412
- une 2^{ème} prestation de base attestée en semaine sous le code 425036 et le weekend ou jour férié sous le code 425434
- une 3^{ème} prestation de base attestées en semaine sous le code 425051 et le weekend ou jour férié sous le code 425456
- une prestation *honoraire de suivi pour l'accompagnement, par un infirmier référent, d'un patient diabétique qui ne passe pas aux soins autonomes* attestée en semaine sous le code semaine 423231 et le weekend ou jour férié sous le code 423334
- une prestation de soins d'hygiène (toilette) code semaine 425110 et code weekend ou jour férié 425515
- du 01/02/2014 au 31/03/2014 en plus des prestations reprises ci-dessus, une prestation de soins de plaie(s) complexes attestée en semaine sous le code 424351 et le weekend ou jour férié sous le code 424513

Toutes ces prestations ont été introduites au remboursement entre le 28/02/2014 et le 30/04/2014

Prestations retenues à grief à titre subsidiaire

Toutes les prestations de soins d'hygiène attestées du 01/01/2014 au 31/03/2014 ont été réalisées partiellement. Ces prestations ont déjà été retenues à titre principal sous le grief n° 3 – soin d'hygiène incomplet (cf pages 22 à 25 de ce PVC)

A noter qu'une des 4 prestations de base journalière attestées conjointement au soin d'hygiène n'est pas reprise à grief dans la mesure où une prestation d'administration de médicaments par voie SC a été réalisée par un tiers habilité

Par conséquent, le SECM retient à grief, à titre subsidiaire, toutes les prestations de soins d'hygiène (toilette) réalisées partiellement, chaque jour, du 01/01/2014 au 31/03/2014.

A TITRE SUBSIDIAIRE – PRESTATIONS DÉJÀ REPRISES SOUS GRIEF N° 3		
CODE	NBRE	INDU RÉSIDUEL
425110	63	
425515	27	
TOTAUX	90	0,00 €

Conclusion, le calcul proportionnel ne peut se baser sur aucun montant, la valeur des soins d'hygiène (toilette) ayant déjà été reprise sous le grief n° 3 (soin d'hygiène incomplet).

1.5.3 4 7 Cas I.

Les prestations litigieuses retenues à grief sont indiquées dans la colonne grief « NC/NH » par.

- le chiffre « 5 » pour les prestations retenues à principal
- une « X » pour les prestations retenues à titre subsidiaire car déjà reprises à titre principal sous le grief n° 3 – soins d'hygiène (toilette) incomplets

du tableau repris aux pages 105 à 108 du document E/

Il s'agit d' une prestation de soins d'hygiène (toilette) code semaine 425110, code weekend ou jour férié 425515, de la 1^{ère} prestation de base y afférente code semaine 425014, code weekend ou jour férié 425412 portées en compte du 01/01/2014 au 31/03/2014

Ces prestations ont été introduites au remboursement entre le 22/02/2014 et le 13/04/2014.

Prestations retenues à grief

Des prestations de soins d'hygiène ont été réalisées complètement et partiellement Les jours ont été détaillés au grief n° 3. (cf. pages 25 et 26 de ce PVC)

Le SECM retient à grief, pour la période du 01/01/2014 au 31/03/2014

- **à titre principal** les prestations de soins d'hygiène (toilette) réalisées complètement les mardis et vendredis, ainsi que les 1^{ère} prestations de base y afférentes
- **à titre subsidiaire** les prestations de soins d'hygiène (toilette) réalisées partiellement les lundis, mercredis, jeudis, samedis et dimanches, ainsi que les 1^{ère} prestation de base y afférentes Toutes ces prestations ont déjà été retenues à titre principal sous le grief n° 3.

Calcul du montant des prestations utile pour le calcul de l'indu du grief

A TITRE PRINCIPAL

CODE	VALEUR	NBRE	MONTANT
425014	3,68 €	25	92 €
425110	5,22 €	25	130,5 €
TOTAUX		50	222,50
A TITRE SUBSIDIAIRE – PRESTATIONS DÉJÀ REPRISES SOUS GRIEF N° 3			
CODE	NBRE	INDU RÉSIDUEL	
425014	38		
425110	38		
425412	27		
425515	27		
TOTAUX	130	0,00 €	

Conclusion, le calcul proportionnel se basera sur la valeur des prestations retenues à titre principal, soit 50 prestations attestées pour un montant de 222,50 €.

1.5.3.5. Calcul du l'indu du grief

Les prestations litigieuses sont limitées aux seules prestations 425014, 425110, 425272, 425412, 425515, 425670 et portées en compte au nom des 7 bénéficiaires et introduites au remboursement pendant la période du 13/02/2014 au 30/04/2014 (prestations datées du 01/01/2014 au 31/03/2014) et sont détaillées en annexe du procès-verbal de constat

En outre, les prestations ont également été limitées aux prestations relatives aux patients repris sur les feuilles de tournée que Mr A donnait à ses collaborateurs et parmi les assurés auditionnés, à ceux qui mentionnaient le passage des aides-soignantes

Les prestations litigieuses et les montants indus sont déterminés en appliquant au relevé des prestations pour chaque assuré concerné et pour chaque mois pris en considération, le pourcentage correspondant au prorata temporis des prestations horaires réalisées par l'aide-soignante.

1.5.4 Conclusions en ce qui concerne ce grief

L'infraction a été constatée dans **5 cas d'assurés** pour la période de prestations du 01/01/2014 au 31/03/2014 et d'introduction auprès des OA du 13/02/2014 au 30/04/2014

Le grief est formulé pour **84 prestations** :

- 425014 W 0,879 (1^{ère} prestation de base semaine)
- 425110 W 1,167 (soins d'hygiène – toilettes – semaine)
- 425272 W 3,825 (forfait A semaine)
- 425412 W 1,206 (1^{ère} prestation de base WE ou jour férié)
- 425515 W 1,754 (soin d'hygiène – toilette - WE ou jour férié)
- 425670 W 5,710 (forfait A WE ou jour férié)

pour un **indu total de 767,57 €.**

Le premier tableau reprend le calcul du nombre de prestations retenues

À TITRE PRINCIPAL										
MOIS	CAS	ASSURÉ	425014	425110	425272	425412	425515	425670	RATIO	NOMBRE DE PRESTATION RATIO
Janvier 2014	1	K		22			9		0,25	30
	2	E	7	7						
	3	C			22			9		
	4	D	13	13		1	1			
	5	I	9	9						
	totaux		122							
Février 2014	1	K		20			8		0,29	32
	2	E	8	8						
	3	C			20			8		
	4	D	12	12						
	5	I	8	8						
	totaux		112							
Mars 2014	1	K		21			10		0,19	22
	2	E	8	8						
	3	C			21			10		
	4	D	13	13						
	5	I	8	8						
	totaux		118							
	Sous- totaux		85	148	63	1	46	9		
TOTAUX			352							84

Le deuxième tableau reprend le calcul des montants retenus

À TITRE PRINCIPAL										
MOIS	CAS	ASSURÉ	425014	425110	425272	425412	425515	425670	RATIO	MONTANT RATIO
Janvier 2014	1	K		113,52			70,65		0,25	272,82
	2	E	25,76	36,54						
	3	C			370,92			294,57		
	4	D	38,35	50,96		4,05	5,89			
	5	I	33,12	46,98						
	totaux		97,23	248	370,92	4,05	76,54	294,57		
Février 2014	1	K		103,20			62,80		0,29	287,06
	2	E	29,44	41,76						
	3	C			337,20			261,84		
	4	D	35,40	47,04						
	5	I	29,44	41,76						
	totaux		94,28	233,76	337,2		62,8	261,84		
Mars 2014	1	K		108,36			78,50		0,19	207,68
	2	D	29,44	41,76						
	3	C			354,06			327,30		
	4	D	35,40	47,04						
	5	I	29,44	41,76						
			94,28	238,92	354,06		78,5	327,3		
	totaux		285,79	720,68	1062,18	4,05	217,844	883,71		
TOTAUX			3174,25							767,57

A TITRE SUBSIDIAIRE								
CAS	NOM PRÉNOM	425014	425110	425316	425412	425515	425714	INDU RÉSIDUEL
1	E	35	35		24	24		0,00 €
2	F			63			27	0,00 €
3	D	25	25					0,00 €
4	G		63			27		0,00 €
5	I	38	38		27	27		0,00 €
TOTAUX		98	161	63	51	78	27	
							478	0,00 €

Tableau synoptique

Grief	Prestation	Nombre de Nombre	Indu total	Indu par différence	Indu du grief
1 - Non effectué . soin d'hygiène WE et valorisation de prestations multiples	425412	52	625,48		625,48
	425515	52			
	428035	124			
	428050	57			
	Sous-totaux	285			
2 – Soin d'hygiène incomplet	425014	192	12 451,67 €		12 451,67 €
	425110	276			
	425316	124			
	425412	113			
	425515	149			
	425714	57			
	sous-totaux	911			
3 – Surévaluation échelle de Katz	425316	124		5 846,72 €	5 846,72 €
	425714	57			
	sous-totaux	181			
4 - Dossier	423076	146	7.165,06 €		7 165,06 €
	423231	63			
	423275	64			
	423334	30			
	424351	21			
	424513	10			
	425014	122			
	425036	52			
	425051	42			
	425110	101			
	425272	63			
	425316	42			
	425412	58			
	425434	22			
	425456	20			
	425515	48			
	425670	30			
	425714	20			
	428035	42			
	428050	20			
	sous-totaux	1016			
5 - Tiers non habilité	425014	Pro rata temporis sur un total de 352 prestations	767,57		767,57
	425110				
	425272				
	425412				
	425515				
	425670				
	sous-totaux	84			
Totaux	Totaux	2.477			26.856,50

II. DISCUSSION

1. QUANT AU FONDEMENT DES GRIEFS

1.1. 1^{ER} GRIEF

Ce grief se fonde sur

- l'audition de la sœur d'un bénéficiaire ;
- l'audition de trois aides-soignantes ayant prodigué des soins aux patients de Mr A durant la période à grief Mme O mais aussi H et Mme P dans la mesure où ces deux dernières déclarent avoir travaillé autant pour Mr A que pour Mme R, la première à partir de mai 2013 jusqu'en février 2014 et la seconde à partir de mars 2014
- l'audition de Mr A du 10/11/2015
- les directives de tournée écrites par Mr A
- l'analyse des données authentifiées transmises et authentifiées par les différents organismes assureurs conformément au prescrit de l'article 138 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994

1.1.1. Cas C.

Un extrait de la « feuille de tournée » partiellement scannée ci-après, mentionne, après le nom de l'assuré :

MAT (81/8A) (8A-)

– Lundi - Vendredi il va au Centre, donc pas faire l'insuline ni dejeuner.

Jc : Degenner + Dax + insuline + ~~8A~~

Jc : Degenner + Dax + insuline + pantoufle

Mme Q., sœur de l'assuré, devait également déclarer en date du 02/07/2015

« () Sur question, une infirmière vient 2 fois par jour, le matin et le soir, tous les jours. Les jours où mon frère va au Centre, l'infirmière vient faire la toilette de mon frère et le prépare pour qu'il aille au Centre. Le soir, l'infirmière repasse pour déshabiller mon frère et le préparer pour la nuit.

Les jours où mon frère ne va pas au Centre, l'infirmière fait la toilette mais aussi l'injection d'insuline. Et ça le matin. Le soir, quand elle repasse, elle fait l'injection d'insuline et déshabille mon frère pour la nuit, elle le met en pyjama et lui donne ses pantoufles.

()

Sur question, tous les jours, soit le matin, soit l'après-midi, ou les deux, l'infirmière fait le contrôle de la glycémie en piquant au bout du doigt, et note le résultat dans le cahier de glycémie

()

Sur question, l'infirmier vient toujours 2 fois par jour. S'il doit venir une 3ème fois, c'est que j'ai du lui téléphoner. De mémoire, cela est arrivé 4 à 5 fois depuis septembre 2013. Moi, je ne vois pas l'infirmier qui vient le matin () »

En date du 22/05/2015, Mme O , aide-soignante, déclare

« () Puis nous allions chez Mr C à à qui il fallait donner une douche tous les jours. Il allait deux fois par semaine dans un centre de jour. Il habitait seul. Il fallait lui préparer son déjeuner et quand il n'allait pas au centre c'était une personne des titres-service qui venait lui préparer son dîner. () Le soir, nous repassions pour le déshabiller, lui retirer l'attelle de la jambe droite et lui préparer un petit souper (.) »

En date du 04/11/2014 et du 11/03/2015, Mme H déclare

« ()

De mai 2013 à février 2014, j'ai travaillé pour R. J' ai travaillé pour elle en contrat à durée déterminée de mai à septembre 2013 ensuite j'ai signé un CDI

()

Avant le mois d'août 2013, je gérais seule la patientèle lorsqu'ils partaient en vacances (ex 2 semaines en en juillet 2013, 1 semaine en août 2013(.) Ils me disaient de les appeler si j'avais une question ou un problème par rapport aux soins puisque j'étais, à ce moment, la seule personne qui travaillait pour eux et qu'il n'y avait aucune infirmière à disposition pour m'aider. Ainsi, je me souviens d'une patiente alitée avec gavage, le mari, Mr T. à . enclenchait la connexion pour le gavage goutte à goutte et moi je faisais le pansement de l'orifice à la peau à hauteur du nombril, par où passait la sonde de gavage (.)

A partir d'août 2013, il y a une autre aide-soignante qui est venue travailler pour A. Il s'agit de O (.) Elle avait un contrat avec A et moi avec R mais nous faisons la même chose toutes les deux. Nous nous remplaçons l'une l'autre, quand l'une travaillait, l'autre était au repos

(.)

Nous avions, pour le travail, un gsm et une voiture. Ceux-ci étaient remis à O ou à moi en fonction de celle qui travaillait

S'il y avait une modification dans la tournée, R ou A nous en prévenait par GSM. Les écrits étaient rares

() »

« (..)

Monsieur C

Chez lui, je passais vers 7h -7h moins ¼ pour donner une douche. Je lui donnais la douche, je l'habillais. Le lundi et le vendredi, il allait en centre de jour, donc je ne donnais pas le déjeuner et ne faisais pas son insuline ces jours là parce que c'était fait en centre de jour. De mémoire, je ne peux plus vous dire dans quel centre de jour il allait. Il avait du diabète et il avait une paralysie partielle d'un côté du corps mais je ne sais plus lequel

(*) erreur dans le PVC

1.1.2. Cas D.

Déclarations de Mr A :

Lors de l'audition du 10/11/2015, 2 feuilles manuscrites furent soumises à Mr A

A la suite de quoi, celui-ci devait déclarer

« () Vous me montrez une copie d'un document et me demandez pour quoi il était utilisé

Je reconnais mon écriture et reconnais qu'il s'agit d'une feuille de route, avec description des soins pour différents patients () Cette feuille de route était destinée à une de mes collaboratrices (.)

Cette feuille explique les soins qui sont réalisés chez différents patients Ce genre de feuille est utilisé aussi bien entre moi et ma compagne qu'entre moi et l'aide-soignante A ma demande vous m'expliquez avoir reçu cette « feuille de tournée » d'une aide-soignante que vous avez interrogée () »

Un extrait de la « feuille de tournée » partiellement scannée ci-après, mentionne, après le nom de l'assuré

T A + Toilette pied SYNEC
(PAS Samedi Dimanche)

... et Pa

Déclarations de Mme P. (*), aide-soignante, en date du 22/05/2015 :

« () J'allais aussi chez Mr D pour prendre la tension mais parfois il n'était pas là, il me disait parfois de ne pas passer si c'était jour férié mais je passais quand même Je le lavais à la demande s'il avait besoin cela m'est arrivé une fois en tout sur le temps où j'ai travaillé pour A et R Chez lui, j'étais toujours seule, comme partout et là, ni A ni M ne repassait (.)

(*) en page 14 du PVC erreur d'attribution les déclarations de P. ont été attribuées à O

Déclarations de Mme H., aide-soignante, en date du 11/03/2015

« ()

Monsieur D

Je passais seulement dans la matinée, pour prendre la tension Il n'y avait pas d'heure puisque c'était juste pour prendre la tension Je n'y allais jamais, ni le samedi, ni le dimanche ni les jours fériés Il habitait seul, ayant perdu sa femme Je ne faisais rien d'autre que prendre la tension Après avoir pris la tension, je parlais Contrairement à ce qui est inscrit sur la feuille écrite par A (7) ni ma collègue ni moi ne faisons de toilette des pieds Il était tout à fait autonome, et conduisait encore la voiture Ce monsieur n'avait pas de cahier infirmier

Il vivait seul. Les autres jours que le lundi et le vendredi, en plus de la douche, je mesurais la glycémie, je faisais l'insuline et je lui préparais le déjeuner ainsi que les médicaments. Les médicaments avaient déjà été préparés pour la semaine, dans un semainier par A. Chez lui, je passais aussi le soir pour lui mettre le souper qui était déjà préparé dans le frigo par une aide ménagère qui passait chaque jour. Je contrôlais à nouveau la glycémie et je faisais son insuline. Je retirais aussi ses chaussures et je mettais ses pantoufles. Je ne mettais pas son pyjama, je ne sais pas qui le lui mettait parce qu'il n'aurait pas été capable de le mettre seul. Quand j'arrivais le matin, il était déjà levé de son lit et toujours en pyjama. Je ne faisais plus de toilette le soir. Je ne passais, chez lui, que deux fois par jour même les jours où il n'était pas en centre de jour. Il se déplaçait avec une cane quadripode. Il avait un urinal, je pense qu'il se débrouillait pour aller à la toilette. En tout cas je n'ai jamais dû l'aider et il n'avait aucune protection. Le déjeuner et le dîner étaient essentiellement composés de tartines et il savait les manger seul. Pour le dîner, je ne sais pas comment il se débrouillait.

(.) »

En date du 19/08/2015, Mme P, aide-soignante, déclare

« (.)

A partir de décembre 2014, j'ai eu des CDD avec R et son conjoint A. C'était 15h/semaine pour chacun (soit 30h au total) mais, en réalité, le travail que je faisais était strictement le même qu'auparavant. Eux-mêmes, passent chez tous les patients sans distinction, ils n'ont pas une patientèle différente l'un de l'autre.

Au début, je travaillais avec une autre aide-soignante qui s'appelait O dont je ne connais pas son nom de famille. Nous n'étions que deux aides-soignantes à travailler pour R et A. R a encore travaillé, de mémoire, quelques mois après mon arrivée.

(.)

Chez Mr C, je le lavais, je le mettais à la douche. Le lundi et le vendredi, il allait en centre et je ne lui donnais pas le petit déjeuner parce que l'insuline et la glycémie était faite, ces jours-là, au centre. Il avait deux injections d'insuline par jour et les jours où il allait en centre, il recevait ces deux injections au centre. De mémoire, je pense qu'il allait au centre. « . » *Je devais repasser le soir pour préparer son souper. L'aide familiale lui préparait le dîner et les tartines et donc on repassait le soir pour lui donner à manger, lui mettre ses pantoufles et éventuellement son pyjama s'il le souhaitait (.) »*

En date du 10/11/2015, Mr A. déclare après avoir pris connaissance de ces déclarations

« (.) Vous me demandez ce que j'en pense .

Ces déclarations sont globalement correctes,(...) »

Au vu de la concordance de tous ces éléments, la feuille de tournée qui mentionne les soins du matin et du soir, la déclaration de la sœur de l'assurée qui fait état majoritairement de 2 passages journaliers, la déclaration des aides-soignantes qui précisent avoir donné des soins à l'assuré le matin et le soir, le SECM reprend à grief les prestations, valorisation des prestations multiples et contraignantes chez les patients très dépendants, attestées pour la 3ème visite journalière qui n'a pas été réalisée.

De tout quoi, le grief doit être déclaré établi

() »

Déclarations de Mr A en date du 10/11/2015

« (...) D.

Il recevait une douche trois fois par semaine et pas le WE , les autres jours de la semaine une toilette dos pieds si le patient le demandait et donc pas systématiquement On prenait la tension régulièrement () »

Conclusion et position du SECM

Bien que l'aide-soignante ait déclaré que la toilette était réalisée de façon occasionnelle, et malgré les notes figurant sur la feuille de tournée, le SECM a tenu compte de la déclaration de Mr A qui affirme que les soins d'hygiène étaient dispensés tous les jours de la semaine sauf les samedis et dimanches

De tout quoi le grief doit être déclaré établi pour toutes les prestations de soins d'hygiène (toilette) code 425515 et les 1^{ère} prestations de base y afférentes - code 425412 - attestées les samedis et dimanches du 01/01/2014 au 30/06/2014

PRESTATIONS	VALEUR	NOMBRE	INDU
425412	4,05	52	210,60 €
425515	5,89	52	306,28 €
TOTAUX		104	516,88 €

1.2. 2^{ème} GRIEF

Le grief se fonde sur .

- l'audition de bénéficiaires ou de leurs proches, qui ont tous déclaré que le soin d'hygiène était incomplet
- l'audition de trois aides-soignantes ayant prodigué des soins aux patients de Mr A durant la période à grief Mme O mais aussi H et Mme P dans la mesure où ces deux dernières déclarent avoir travaillé autant pour Mr A que pour Mme R , la première à partir de mai 2013 jusque février 2014 et la seconde à partir de mars 2014 (cfr déclarations reprises, ci-après, p11 et 12).
- l'audition du couple R.-A du 18/09/2015 et l' audition de Mr A du 10/11/2015
- les directives de tournée écrites de Mr A
- l'analyse des données authentifiées transmises et authentifiées par les différents organismes assureurs conformément au prescrit de l'article 138 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994

1.2.1. Cas E.

Déclarations de Mme E en date du 02/07/2015 :

« () J'ai une infirmière qui vient tous les jours Je vous montre mon carnet où j'ai écrit son n° de téléphone « . » C'est un homme ()

()

Sur question, je n'aime pas être lavée par un homme, alors c'est une infirmière ou une ouvrière qui vient me laver Le matin, ils n'ont pas d'heure pour passer, alors s'ils arrivent trop tard, je me lave moi-même

Sur question, quand ils ne viennent pas le matin, ils passent le soir

()

Pour résumer :

A vient généralement pour préparer mes médicaments, en moyenne 2 fois par mois

A ne m'a jamais lavée car je n'aime pas être lavée par un homme (.) »

Déclarations de Mr A en date du 10/11/2015, après avoir pris connaissance de la déclaration ci-dessus

« () E.

() Elle reçoit une douche une ou deux fois par semaine et une toilette des pieds les autres jours ()

Vous me dites que la patiente déclare qu'elle n'aime pas être lavée par un homme et qu'elle déclare que je passe 2x par mois pour préparer les médicaments En réalité elle refuse que je lui donne sa douche car elle devrait être nue devant moi Elle n'accepte que la toilette du

dos et des pieds faite par moi les jours ou les aides-soignantes et les infirmières ne le font pas (. .) »

Conclusion et position du SECM

Le SECM accepte de tenir compte de la déclaration de Mr A selon laquelle l'assurée reçoit 2 douches par semaine,

Dès lors, le grief doit être déclaré établi pour tous les soins d'hygiène (toilette) et les 1^{ère} prestations de base y afférentes attestés les lundis, mercredis, jeudis, samedis et dimanches, jours où le SECM a considéré que le soin d'hygiène était incomplet sur la durée de la période litigieuse soit 01/01/2014 au 30/06/2014

1.2.2. Cas F.

Un extrait de la « feuille de tournée » partiellement scannée ci-après, mentionne, après le nom de l'assurée

*Devoir les voler + Panne au porte + TV.
 Toilette se demande, Massage Planche + Pantalon
 Fermer voler + TV + Panne au porte + Mote au lit.*

Déclarations de, Mme F en date du 02/04/2015

«(. .) A vient 2 fois par semaine, jamais tous les jours et ce, depuis 4 ans

Il a embauché des infirmières(. .)

(. .)

La femme de A, R qui est infirmière, vient le soir pour me mettre coucher, depuis à peu près 2 mois Avant, il y avait des infirmières qui venaient (. .)

Il y a H qui est venue, elle reste à la là plus loin Elle venait tous les jours me mettre coucher le soir et le matin pour laver mes pieds et mettre mes chaussures et mettre des bas.

Jusque maintenant, je fais encore ma toilette toute seule même mon dos je mets le gant sur un bâton Il n'y a que mes pieds que je ne sais pas laver

Il y a eu S, rue qui travaille à . .

Elle n'est venue qu'un mois Elle venait le matin pour laver les pieds, mettre mes chaussures et mes bas

(...)

P venait aussi le soir pour me mettre au lit

Je mets des « protections » la nuit depuis 6 mois. La journée, c'est une culotte en papier avec protection A revient vers 10h30, 11h00 pour changer la protection Quand A ne vient pas, c'est une infirmière qui vient Je ne me souviens plus des noms Il y avait aussi Q Je ne sais plus son nom ni son adresse (. .) »

Déclarations de Mme O , aide-soignante, en date du 22/05/2015

« (..) La première personne que nous avons à visiter, c'était une dame à Je me souviens qu'elle s'appelait F. Nous devions ouvrir la porte, ouvrir les volets, refaire son lit et lui laver les pieds. En général, quand on arrivait, elle était déjà prête et en train de déjeuner. Elle était en chaise roulante mais elle savait se débrouiller et se mettre debout. Tout le bas était aménagé pour qu'elle n'ai pas à monter les escaliers. Elle avait des langes-culottes dont je pense qu'elle les mettait elle-même. Sa toilette, elle la faisait toute seule, en dehors des pieds que nous lavions tous les jours. De temps en temps, elle demandait pour lui laver le dos. Je n'ai jamais dû faire de toilette complète chez elle. Ses médicaments, elle les préparait seule et A et R ne devait jamais repasser après nous puisqu'elle était autonome et qu'il n'y avait rien d'autre que la toilette des pieds à faire. C'était des voisins qui s'occupaient d'elle pour le reste. Le soir, nous repassions pour la mettre au lit et fermer les volets. Elle se préparait, et avait déjà mis sa chemise de nuit pour quand nous arrivions. Nous passions chez elle en fin de tournée, vers 7h du soir. ()

Déclarations de Mme H , aide-soignante, en date du 11/03/2015

« ()F

Chez elle, on levait ses volets, on enlevait la plaque de la porte d'entrée, on lui faisait une toilette des jambes, uniquement les jambes et les pieds et on mettait ses chaussettes et ses pantoufles. C'était une personne qui pouvait se lever du lit pour s'asseoir, elle-même, dans sa chaise roulante. Lorsque nous arrivions le matin, elle s'était déjà mise, seule, dans sa chaise roulante. Elle n'était pas vraiment incontinente mais, comme elle assurait seule son transfert de la chaise roulante à la chaise percée, il y avait parfois des accidents (pertes d'urine, elle ne m'a jamais parlé de problème de selles). Toutefois, elle ne portait aucune protection. Elle allait toujours sur la chaise percée parce que la toilette n'était pas accessible avec la chaise roulante. Nous passions aussi le soir, pour fermer les volets, éteindre la TV, remettre le panneau de la porte d'entrée et la mettre au lit. Elle nous attendait assise sur le lit. Elle avait les jambes tellement gonflées qu'il fallait l'aider à mettre les jambes dans le lit. Nous ne faisons pas de toilette le soir, même pas une toilette intime. Nous ne faisons rien d'autre. J'utilise le « nous » pour désigner ma collègue, qui était aussi aide-soignante, et moi mais nous passions chacune à tour de rôle et jamais ensemble. C'était une dame de nonante ans chez qui je n'ai jamais rien fait d'autre que la toilette des pieds et des jambes parce qu'elle nous disait que tant qu'elle savait, elle-même, faire le reste de sa toilette, elle tenait à le faire. Quand j'arrivais le matin, elle était déjà habillée et quand je passais le soir, elle m'attendait en robe de nuit sur le bord du lit. Elle savait que je passais systématiquement après le journal parlé de 19h. Pour ce qui est des courses et de la préparation des repas, je n'ai aucune idée de la façon dont elle se débrouillait.

(.) »

Déclarations de Mme P , aide-soignante, en date du 19/08/2015 .

« () Je me souviens de F qui habitait .., chez qui je faisais une toilette complète le matin. En réalité, c'était comme elle avait décidé, et elle n'était pas toujours disposée à ce que je lui fasse sa toilette. Je ne suis arrivée à lui faire sa toilette complète que (), après qu'elle soit tombée soit vers mars 2015. Avant ça, je faisais le dos et les pieds plus l'une ou l'autre chose qu'elle me demandait comme aller chercher du pain à la cave ou mettre sécher son linge. () »

1.2.3. Cas D.

Un extrait de la « feuille de tournée » partiellement scannée ci-après, mentionne, après le nom de l'assuré

TA + Toilette pied si nec-
(pas Samedi-Dimanche) ... et Pa

Cette feuille de tournée donne l'ordre de prendre la tension artérielle (TA) et de laver les pieds si nécessaire, mais pas les samedis et dimanches

Déclarations de Mme P en date du 19/08/2015 (*) - aide-soignante

« (.) J'allais aussi chez Mr D pour prendre la tension mais parfois il n'était pas là, il me disait parfois de ne pas passer si c'était jour férié mais je passais quand même Je le lavais à la demande s'il avait besoin cela m'est arrivé une fois en tout sur le temps où j'ai travaillé pour A et R (.) »

(*) en page 23 du PVC erreur d'attribution : les déclarations de P. ont été attribuées à O

Déclarations de G , aide-soignante, en date du 11/03/2015

« (.)

Monsieur D

Je passais seulement dans la matinée, pour prendre la tension Il n'y avait pas d'heure puisque c'était juste pour prendre la tension. Je n'y allais jamais, ni le samedi, ni le dimanche ni les jours fériés Il habitait seul, ayant perdu sa femme Je ne faisais rien d'autre que prendre la tension Après avoir pris la tension, je parlais Contrairement à ce qui est inscrit sur la feuille écrite par A (7) ni ma collègue ni moi ne faisons de toilette des pieds Il était tout à fait autonome, et conduisait encore la voiture. Ce monsieur n'avait pas de cahier infirmier Je n'ai d'ailleurs pas compris pourquoi nous devions passer chez lui

(.) »

Déclarations de Mr A en date du 10/11/2015, après avoir pris connaissance des déclarations ci-dessus

« () D. :

Décrivez-nous ce patient ?

C'est un homme de 80 ans avec des pertes d'équilibre qui a fait des chutes à plusieurs reprises C'est un homme qui vit seul et est encore cohérent Il conduit encore sa voiture

Quels soins étaient donnés à ce patient ?

Déclarations de Mr A en date du 10/11/2015, après avoir pris connaissance des déclarations ci-dessus

« (...) F. :

Vous me demandez de décrire cette personne et de détailler son état de santé

()

Vous me dites que selon mes déclarations cette personne est devenue plus dépendante, de mémoire depuis un an environ

(.)

Vous me demandez ce que j'en pense

Vous relevez que, des différents éléments ci-dessus, il ressort que cette dame fait sa toilette seule et que les aides-soignantes ne faisaient que le dos et les pieds , et encore pas tous les jours

Ces affirmations ne sont pas correctes en réalité les soins réalisés sont les suivants

Le matin nous la levons du lit, nous la mettons dans la chaise roulante pour la conduire à la salle de bain où nous faisons une toilette complète à l'évier, puis nous lui mettons son lange et nous terminions par l'installer à la cuisine

()

Vous me faites remarquer que les aides-soignantes déclarent toutes que jusqu'en mars 2015 cette dame faisait sa toilette elle-même

Je vous réponds qu'il est possible que par facilité les aides-soignantes ne faisaient pas la toilette complète et se bornaient à ne faire que le dos et les pieds

Vous me faites remarquer également que la feuille de route mentionne « toilette si demande » Je vous réponds que cette mention concerne le second passage et une toilette du siège si elle s'était souillée

*Quant aux déclarations que vous a faites cette personne c'est parce qu'elle dit n'importe quoi à n'importe qui **En ce qui concerne les déclarations des aides-soignantes je vous dis qu'elles confirment qu'elles faisaient leur travail incomplètement** () »*

Conclusion et position du SECM

Il ressort clairement tant des déclarations de l'assurée que de celles des aides-soignantes que la toilette était au **maximum** partielle (pieds).

Ces déclarations sont de plus corroborées par le contenu de la feuille de tournée malgré l'interprétation qu'en donne Mr A

D'autre part, Mr A admet bien que le soin d'hygiène réalisé par les aides-soignantes était incomplet

Si la cohérence des déclarations de l'assurée est mise en doute par Mr A , a la lecture de l'ensemble de l'audition de F. et les déclarations des aides-soignantes qui confirment les déclarations de Mme F (seules les jambes et les pieds étaient lavés de manière habituelle), tendent à contredire ce jugement.

En conséquence de quoi, le grief doit être déclaré établi.

Il recevait une douche trois fois par semaine et pas le WE ; les autres jours de la semaine une toilette dos pieds si le patient le demandait et donc pas systématiquement. On prenait la tension régulièrement.

()

Vous me demandez ce que j'en pense...

Ce monsieur voulait être essentiellement lavé par un homme et comme je vous l'ai dit je le lavais sous la douche 3 fois par semaine () »

Mr A admet que l'assuré ne recevait une toilette complète (douche) que 3 fois par semaine, pas de toilette les samedis et dimanches (voir grief n°1) et une toilette dos/pieds les jours restants

Conclusion et position du SECM

En raison de l'incohérence entre les déclarations des aides-soignantes et celles du prestataire, et en l'absence d'élément probant, le SECM a tenu compte de la déclaration de Mr A et a considéré que l'assuré avait bénéficié

- d'une douche les lundis, mercredis et vendredis
- de la toilette des pieds les mardis et jeudis
- d'aucun soin d'hygiène les samedis et dimanches (cf. grief n° 1)

En conséquence de quoi le grief doit être déclaré établi pour toutes les prestations de soins d'hygiène attestées les mardis et jeudis durant la période litigieuse (toilette incomplète), étant entendu que les prestations de soins d'hygiène des samedis et dimanches ont déjà été reprises à grief dans le grief n°1 comme non effectuées.

1.2.4. Cas G.

Ont été attestés dans le cas de cet assuré les codes suivants :

- du 01/01/2014 au 30/06/2014
 - 4 prestations d'administration de médicaments par voie intramusculaire, sous-cutanée ou hypodermique, attestées en semaine sous le code 423076 et le weekend ou jour férié sous le code 423275
 - une 1^{ère} prestation de base attestée en semaine sous le code 425014 et le weekend ou jour férié sous le code 425412
 - une 2^{ème} prestation de base attestée en semaine sous le code 425036 et le weekend ou jour férié sous le code 425434
 - une 3^{ème} prestation de base attestées en semaine sous le code 425051 et le weekend ou jour férié sous le code 425456
 - une prestation *honoraire de suivi pour l'accompagnement, par un infirmier référent, d'un patient diabétique qui ne passe pas aux soins autonomes* attestée en semaine sous le code semaine 423231 et le weekend ou jour férié sous le code 423334

- du 01/01/2014 au 30/04/2014 une prestation de soins d'hygiène (toilette) code semaine 425110 et code weekend ou jour férié 425515
- du 01/02/2014 au 31/05/2014 une prestation de soins de plaie(s) complexes attestée en semaine sous le code 424351 et le weekend ou jour férié sous le code 424513

Toutes ces prestations ont été introduites au remboursement entre le 28/02/2014 et le 31/05/2014

A propos des soins d'hygiène, Monsieur A., interrogé en date du 10/11/2015, devait déclarer

« (.) G. :

()

*Vous me dites que des toilettes ont été portées en compte de janvier à avril 2014 - T7 Il s'agissait probablement d'une période où les jambes ont été lavées avant les pansements
Nous ne lavions que le bas ; il ne s'agissait pas d'une toilette complète. (...) »*

Conclusion et position de SECM

Il ressort explicitement des déclarations de Mr A que le soin d'hygiène était incomplet alors que la nomenclature exige que la prestation soit complète pour pouvoir être remboursée

De tout quoi, le grief doit être déclaré établi pour toutes les prestations de soins d'hygiène attestées du 01/01/2014 au 30/04/2014

A noter toutefois que ce grief n'a pas généré d'indu pour les motifs déjà invoqués en pages 25 à 27 de la note de synthèse

1.2.5. Cas i.

Déclarations Mme H , aide-soignante, en date du 11/03/2015

« (.)

I ,

Je l'appelais I sans connaître ni son nom ni son prénom C'était une italienne qui ne parlait pas français Elle habite en face de chez A

(), il s'agissait d'une simple surveillance C'est-à-dire que nous rentrons dire bonjour, demander si tout allait bien et puis c'est tout Elle habitait seule, je suppose qu'elle se débrouillait seule En tout cas, nous n'avons jamais rien dû faire d'autre De mémoire, je ne sais plus très bien, si nous passions une ou deux fois par jour

() »

En date du 10/11/2015, Mr A déclarait .

« () L :

C'est une dame de 70 ans, actuellement décédée Elle vivait seule Elle était dépressive et il fallait s'assurer qu'elle se lavait bien Deux fois par semaine elle recevait un bain et les autres jours une toilette au lavabo

()

(.) *Nous passions tous les jours pour faire un dos pieds et deux fois par semaine pour une douche (.) »*

Conclusion et position du SCÉM

Il ressort des déclarations qui précèdent que l'assurée n'a reçu un soin d'hygiène complet que deux fois par semaine, à savoir les mardis et vendredis

En conséquence de quoi le grief doit être déclaré établi, par semaine, pour 5 prestations de soin d'hygiène (toilette) et la 1^{ère} prestation de base y afférente

1.3. 3^{ème} GRIEF

Ce grief se fonde sur

- les déclarations des assurés ou de leurs proches ,
- l'audition de deux aides-soignantes ayant prodigué des soins aux patients de Mr A durant la période à grief : Mme O mais aussi, H et Mme P dans la mesure où elles déclarent avoir travaillé autant pour Mr A que pour Mme R., la première à partir de mai 2013 jusque février 2014 et la seconde à partir de mars 2014 ,
- la déclaration de Mr A qui admet les dénotations de l'échelle de Katz lors de son audition du 10/11/2015
- l'analyse des dossiers infirmiers remis en date du 18/09/2015 lors de l'audition du couple R -A
- l'analyse des données informatisées transmises et authentifiées par les différents organismes assureurs conformément au prescrit de l'article 138 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

1.3.1. Cas C.

Le Service estime que Mr A n'était pas en droit d'attester pour cet assuré des honoraires forfaitaires dit forfaits C - code semaine 425316, code weekend ou jour férié 425714 – durant la période comprise entre le 01/01/2014 et le 30/06/2014 (prestations introduites au remboursement auprès de l'OA entre le 28/02/2014 et le 31/07/2014) ,

En effet, il ressort des déclarations tant des aides-soignantes intervenues que de celles de témoins privilégiés mais également de celles de Monsieur A lui-même que durant la période litigieuse, le degré de dépendance de cet assuré était tel qu'il ne pouvait que justifier un Forfait A mais nullement un Forfait C

En date du 22/05/2015, Mme O , aide-soignante, déclarait :

« (.) Puis nous allions chez Mr C à à qui il fallait donner une douche tous les jours Il allait deux fois par semaine dans un centre de jour Il habitait seul Il fallait lui préparer son déjeuner et quand il n'allait pas au centre c'était une personne des titres-service qui venait lui préparer son dîner Il avait une hémiplegie, je pense à droite Le soir, nous repassions pour le déshabiller, lui retirer l'attelle de la jambe droite et lui préparer un petit souper (.) »

Déclarations de Mme H. en date du 11/03/2015

« (.)

Monsieur C

(.) Il avait du diabète et il avait une paralysie partielle d'un côté du corps mais je ne sais plus lequel Il vivait seul (.) Quand j'arrivais le matin, il était déjà levé de son lit et toujours en pyjama (.) Il se déplaçait avec une cane quadrupode Il avait un unnal ; je pense qu'il se débrouillait pour aller à la toilette En tout cas je n'ai jamais dû l'aider et il n'avait aucune protection Le déjeuner et le dîner étaient essentiellement composé de tartines et il savait les manger seul

(.) »

Déclarations de Mme Q , sœur de l'assuré, en date du 02/07/2015

« (.)

Pour marcher, mon frère utilise une canne tripode à l'intérieur de la maison comme à l'extérieur Pour les plus longs déplacements, il utilise une chaise roulante qu'il faut pousser, car la sienne est cassée

Pour se lever du fauteuil, il a un fauteuil électrique qui se relève un peu, ainsi il peut se lever seul Pour se lever du lit, il y parvient car il a un perroquet Il reste assis sur le lit en attendant l'infirmière

Sur question, pour aller aux toilettes, il part avec sa canne, baisse son slip, s'essuie et se rhabille Il fait tout avec la main gauche A , on lui a appris comment faire

Sur question, mon frère sent quand il doit aller faire pipi ou aller à selles Mais parfois, il arrive trop tard Quand il part à l'extérieur, il met d'office une protection dans le slip car il ne sait pas où les toilettes se trouvent, parfois il met aussi une protection quand il va au Centre

(.)

Mon frère a un unnal à disposition quand il est chez lui

Mon frère mange seul avec une cuillère dès l'instant où tout a été préparé Ses tartines doivent être faites, sa viande doit être coupée La bouteille d'eau doit être préouvée (.) »

Déclarations de Mr A en date du 10/11/2015, après avoir lu ces déclarations

« (.) C.

()

Vous me demandez ce que j'en pense

Ces déclarations sont globalement correctes, mais quand il va aux toilettes il ne sait s'essuyer correctement son slip est souillé et ses vêtements sont parfois mouillés d'urine

Vous me dites que nous allons revoir l'échelle de Katz en fonction des déclarations de la sœur de l'assuré, des déclarations des aides-soignantes et des directives

Pour se laver 4

Pour s'habiller 4

Pour transferts et déplacements 3

Pour aller à la toilette 2

Pour la continence 2

Pour manger 2 () »

Ci-dessous, le SECM compare les cotations de Mr A et les cotations établies par le SECM et Mr A lors de son audition du 10/11/2015

	Cotations A.	Cotations PVA 10/11/2015
	(du 01/01/2014 au 31/12/2014)	A /SECM
Se laver	4	4
S'habiller	4	4
Transferts/déplacements	4	3
Aller à la toilette	4	2
Continence	4	2
Manger	3	2
FORFAIT/TOILETTES	FC	FA

Justification des cotations des différents critères :

Critère transfert et déplacements la cotation de 4 est attribuée à un patient qui est grabataire ou en chaise roulante et dépend entièrement des autres pour se déplacer, ce qui n'est pas le cas de l'assuré il marche continuellement avec une canne tripode et n'utilise une chaise roulante que pour les longs déplacements Pour se lever du lit, il parvient à s'asseoir sur le bord à l'aide d'une potence mais attend l'infirmière, ce qui vaut une cotation de 3

Critère aller à la toilette : la cotation de 4 est attribuée à un patient qui doit être entièrement aidé pour se rendre aux toilettes et s'habiller et s'essuyer, ce qui n'est pas le cas de l'assuré, il va seul aux toilettes, se déshabille et se rhabille mais il s'essuie mal, ce qui vaut une cotation de 2

Critère continence la cotation de 4 est attribuée à un patient qui est incontinent pour les urines et les selles, ce qui n'est pas le cas de l'assuré, il sent quand il doit uriner ou aller à selles, mais il arrive parfois trop tard, ce qui vaut une cotation de 2

Critère manger : la cotation de 3 est attribuée à un patient qui a besoin d'une aide partielle pendant qu'il mange ou boit, ce qui n'est pas le cas de l'assuré, il a besoin d'une aide préalable pour manger (beurrer les tartines) et pour boire (préouverture d'une bouteille d'eau), ce qui vaut une cotation de 2

Lors de cette audition du 10/11/2015, Mr A reconnaît que les déclarations de la sœur de l'assuré et de l'aide-soignante sont globalement correctes et ne conteste pas la cotation établie par le SECM

En conséquence de quoi, le grief doit être déclaré établi pour tous les forfaits C attestés entre le 01/01/2014 et le 30/06/2014 .

Toutefois, la cotation telle qu'attribuée par le Service en présence de Monsieur A aurait permis à ce dernier d'attester un forfait A durant la période litigieuse

Dès lors, le Service a procédé au calcul d'un indu différentiel comme suit :

PRESTATIONS ATTESTÉES				PRESTATIONS ATTESTABLES				INDU PAR DIFFÉRENCE
PRESTATION	VALEUR	NOMBRE	MONTANT	PRESTATION	VALEUR	NOMBRE	MONTANT	
425316	44,87 €	124	5 563,88 €	425272	16,86 €	124	2 090,64 €	3 473,24 €
425714	66,94 €	57	3 815,58 €	425670	25,30 €	57	1 442,10 €	2 373,48 €
TOTAUX		181	9 379,46 €				3.532,74 €	5.846,72 €

1.3.2. Cas F.

En date du 02/07/2015, Mme F. déclare :

« () A vient 2 fois par semaine, jamais tous les jours et ce, depuis 4 ans

()

Il y a H qui est venue, elle reste à la . là plus loin Elle venait tous les jours me mettre coucher le soir et le matin pour laver mes pieds et mettre mes chaussures et mettre des bas

Jusque maintenant, je fais encore ma toilette toute seule même mon dos je mets le gant sur un bâton Il n'y a que mes pieds que je ne sais pas laver

Il y a eu P., rue qui travaille à

Elle n'est venue qu'un mois Elle venait le matin pour laver les pieds, mettre mes chaussures et mes bas

(. .)

P venait aussi le soir pour me mettre au lit

Je mets des « protections » la nuit depuis 6 mois La journée, c'est une culotte en papier avec protection A revient vers 10h30, 11h00 pour changer la protection Quand A ne vient pas, c'est une infirmière qui vient Je ne me souviens plus des noms (.) »

En date du 22/05/2015, Mme O , aide-soignante, déclare .

« (.) La première personne que nous avons à visiter, c'était une dame à . Je me souviens qu'elle s'appelait F Nous devions ouvrir la porte, ouvrir les volets, refaire son lit et lui laver les pieds En général, quand on arrivait, elle était déjà prête et en train de déjeuner Elle était en chaise roulante mais elle savait se débrouiller et se mettre debout Tout le bas était aménagé pour qu'elle n'ai pas à monter les escaliers Elle avait des langes-culottes dont je pense qu'elle les mettait elle-même Sa toilette, elle la faisait toute seule, en dehors des pieds que nous lavions tous les jours De temps en temps, elle demandait pour lui laver le dos Je n'ai jamais dû faire de toilette complète chez elle Ses médicaments, elle les préparait seule et A et R ne devait jamais repasser après nous puisqu'elle était autonome et qu'il n'y avait rien d'autre que la toilette des pieds à faire C'était des voisins qui s'occupaient d'elle pour le reste Le soir, nous repassions pour la mettre au lit et fermer les volets Elle se préparait, et avait déjà mis sa chemise de nuit pour quand nous arrivions Nous passions chez elle en fin de tournée, vers 7h du soir (.) »

En date du 11/03/2015, Mme H , aide-soignante, déclare

« (.)

E

Chez elle, on levait ses volets, on enlevait la plaque de la porte d'entrée, on lui faisait une toilette des jambes, uniquement les jambes et les pieds et on mettait ses chaussettes et ses pantoufles C'était une personne qui pouvait se lever du lit pour s'asseoir, elle-même, dans sa chaise roulante Lorsque nous arrivions le matin, elle s'était déjà mise, seule, dans sa chaise roulante Elle n'était pas vraiment incontinente mais, comme elle assurait seule son transfert de la chaise roulante à la chaise percée, il y avait parfois des accidents (pertes d'urine, elle ne m'a jamais parlé de problème de selles) Toutefois, elle ne portait aucune protection Elle allait toujours sur la chaise percée parce que la toilette n'était pas accessible avec la chaise roulante Nous passions aussi le soir, pour fermer les volets, éteindre la TV, remettre le panneau de la porte d'entrée et la mettre au lit Elle nous attendait assise sur le lit Elle avait les jambes tellement gonflées qu'il fallait l'aider à mettre les jambes dans le lit Nous ne faisons pas de toilette le soir, même pas une toilette intime Nous ne faisons rien d'autre J'utilise le « nous » pour désigner ma collègue, qui était aussi aide-soignante, et moi mais nous passions chacune à tour de rôle et jamais ensemble C'était une dame de nonante ans chez qui je n'ai jamais rien fait d'autre que la toilette des pieds et des jambes parce qu'elle nous disait que tant qu'elle savait, elle-même, faire le reste de sa toilette, elle tenait à le faire Quand j'arrivais le matin, elle était déjà habillée et quand je passais le soir, elle m'attendait en robe de nuit sur le bord du lit Elle savait que je passais systématiquement après le journal parlé de 19h Pour ce qui est des courses et de la préparation des repas, je n'ai aucune idée de la façon dont elle se débrouillait

(.) »

En date du 19/08/2015, Mme P, aide-soignante, déclare :

« (.) Je me souviens de F qui habitait , chez qui je faisais une toilette complète le matin En réalité, c'était comme elle avait décidé, et elle n'était pas toujours disposée à ce que je lui fasse sa toilette Je ne suis arrivée à lui faire sa toilette complète que (.), après qu'elle soit tombée soit vers mars 2015 Avant ça, je faisais le dos et les pieds plus l'une ou l'autre chose qu'elle me demandait comme aller chercher du pain à la cave ou mettre sécher son linge Je passais aussi le midi pour voir s'il fallait la changer Elle allait seule aux toilettes mais c'était difficile Le soir je passais pour mettre sa chemise de nuit, sa protection et la mettre au lit Elle ne se déplaçait qu'en chaise roulante Je restais en général entre 20 et 40 min J'étais toujours seule pour passer chez elle Il n'y avait jamais de passage d' A ou B' de la journée sauf quand elle a eu des piqûres de Clexane après sa chute de mars 2015 (.) »

En date du 10/11/2015, après avoir lu ces déclarations, Mr A devait déclarer

« () Vous me demandez ce que j'en pense »

Vous relevez que, des différents éléments ci-dessus, il ressort que cette dame fait sa toilette seule et que les aides-soignantes ne faisaient que le dos et les pieds , et encore pas tous les jours

Ces affirmations ne sont pas correctes en réalité les soins réalisés sont les suivants

Le matin nous la levons du lit, nous la mettons dans la chaise roulante pour la conduire à la salle de bain où nous faisons une toilette complète à l'évier, puis nous lui mettons son linge et nous terminons par l'installer à la cuisine

Il est vrai qu'il y a plusieurs années, de mémoire 4 ans, elle s'installait elle-même par impatience dans sa chaise roulante avec toutefois le risque d'une chute

Vous me faites remarquer que les aides-soignantes déclarent toutes que jusqu'en mars 2015 cette dame faisait sa toilette elle-même

Je vous réponds qu'il est possible que par facilité les aides-soignantes ne faisaient pas la toilette complète et se bornaient à ne faire que le dos et les pieds

Vous me faites remarquer également que la feuille de route mentionne « toilette si demande » Je vous réponds que cette mention concerne le second passage et une toilette du siège si elle s'était souillée

Quant aux déclarations que vous a faites cette personne c'est parce qu'elle dit n'importe quoi à n'importe qui En ce qui concerne les déclarations des aides-soignantes je vous dis qu'elles confirment qu'elles faisaient leur travail incomplètement

Vous me dites que nous allons revoir ensemble les cotations de l'échelle de Katz Vous reprenez mes cotations et me dites que nous allons en discuter sur base des déclarations de l'assurée, des déclarations des aides-soignantes, mais aussi des directives que vous venez de me remettre

	Scores Mr A. 2013 et 2014	Scores SECM
Se laver	4	2
S'habiller	4	1
Transferts et déplacements	4	2/3
Aller à la toilette	4	1
Continence	4	2/3
manger	3	1
Forfait /T7	Fft C	T7

Vous me demandez de justifier ma cotation Vous avez-vous-même établi des cotations après avoir vu cette assurée chez elle, nous en discutons

Je maintiens le 4 pour se laver avec prise en compte des directives pour l'utilisation des échelles de Katz

Même chose pour s'habiller, si on ne la débarrasse pas de ses vêtements, notamment son soutien gorge elle est incapable de se déshabiller

Pour ses transferts et déplacements je maintiens également ma cotation 4, elle est totalement dépendante pour se déplacer

Pour la continence je maintiens également mon 4, elle urine et fais ses selles dans son linge

Pour manger son homme de confiance lui apporte des plats tout préparé , elle réchauffe ou on lui réchauffe le plat préparé et elle mange elle-même Vous me faites remarquer que la cotation 3 que j'ai attribuée correspond à la présence d'un tiers durant tout le repas Je reconnais qu'en fonction des directives j'aurais du mettre 2 plutôt que 3 (.) »

Lors de son audition, Mr A précise que l'assurée déclare « n'importe à quoi à n'importe qui ».

Le SECM, se trouvant confronté à la discordance entre, d'une part les déclarations de l'assurée et des aides-soignantes (ayant notamment soigné l'assurée durant la période reprise à grief) et d'autre part la déclaration de Mr A , a pris soin de reprendre la déclaration de l'assurée afin de vérifier la crédibilité de ses propos

Ainsi, l'assurée, Mme F a également déclaré lors de son audition du 02/07/2014

« () J'aurai 93 ans le 9 du mois prochain

Je vis seule. (.)

C'est U . qui vient tous les jours pour apporter mes courses. Son N° fixe est . . Je les connais de mémoire

J'ai fait une petite thrombose il y a 4 mois C'est l'infirmier qui vient qui m'avait dit que ma bouche était sur le côté.

L'infirmier, c'est A qui vient depuis 4 ans

Je l'ai connu par une voisine Je n'aimais pas beaucoup car c'était un homme Mais j'ai accepté, et ça se passe bien

A vient 2 fois par semaine, jamais tous les jours et ce, depuis 4 ans

()

Jusque maintenant, je fais encore ma toilette toute seule même mon dos je mets le gant sur un bâton Il n'y a que mes pieds que je ne sais pas laver

(.)

Depuis que j'ai été à . . ; j'ai des piqûres de Clexane Je suis encore tombée – J'ai un système d'alarme à mon cou Si j'appuie, ça appelle une personne qui envoie la police c'est depuis 8 ans que je l'ai C'est arrivé l'autre jour en me relevant de la toilette

()

Mon médecin c'est V qui vient une fois par mois

Les médicaments sont LASIX 40 1 le matin depuis 7-8 mois ASAFLOW 80 1 depuis 6-7 mois BELSAR 40 1 CLEXANE Les piqûres sont faites par A et les infirmières

()

Je paie V 37 € et U porte le papier à la mutuelle Je ne paie rien à A

Il n'y a pas de dossier infirmier ici. Je vous montre ce que j'ai

Rapport infirmier de sortie 15 01 2015 – servie B4 avec traitement de sortie Lasix Loortan Dafalgan Asaflow Lysomucil Emconcor Forlax Aérosol Duovent Pulmicort

Personne ne prépare mes médicaments C'est marqué sur la boîte C'est moi qui le fait toute seule

Un kiné est venu en hiver car j'avais une bronchite C'est Mr W qui est venu 15 jours

Avant, il n'y avait pas d'autre kiné

C'est U qui va à la pharmacie . . à

Je ne sors plus de la maison. Dedans, je suis dans ma chaise roulante Je cuisine moi-même tout est à ma hauteur Je fais ma vaisselle moi-même C'est U qui fait les courses

Parfois il nettoie Avant, il y avait une femme qui venait mais elle me volait C'était il y a un an J'ai tout stoppé Je m'habille et me déshabille toute seule

Mon lit est en bas, vous le voyez dans la pièce de devant Il y a un perroquet J'ai une commande pour relever le dossier J'ai également une chaise électrique C'est A qui m'a inventé cela

J'ai une chaise percée mais ça ne vas pas, j'ai du mal de me relever Je préfère le WC de la salle de bains car je peux me retenir à l'évier Je me déshabille, je me lave après avoir été et je me rhabille toute seule

Mon linge sale c'est U qui le lessive

Vous constatez qu'il y a un rehausseur sur le WC et une tribune à roulettes avec des freins, à côté de la toilette dans la salle de bains

Je l'utilise pour transporter l'eau chaude de la cuisine à la baignoire dans la salle de bains J'ai stoppé le Bulex car c'était trop cher Je chauffe l'eau avec ma bouilloire électrique, pour me laver

Mon état n'a pas changé, même depuis ma petite thrombose

A part mes os qui s'usent et mes genoux qui bloquent, mon état n'a pas changé depuis 2 ans

Je ne sais plus travailler dans le jardin

()

Il y a eu X, Y, Z qui l'ont remplacé, avant

(.)

Le soir, c'est soit A soit les infirmières qui viennent me mettre au lit et fermer le grand volet et celui sur le côté

Je me rafraîchis toute seule et mets ma robe de nuit toute seule Il ou elles refont le lit avec une alèse Vous constatez les TENA pants et TENA maxi C'est U qui les achète

J'ai oublié je prends aussi du CRESTOR le soir

A et les infirmières viennent tous les jours même les WE Je suis contente des soins

Je me lave les cheveux toute seule à l'évier Je n'ai jamais de douche ni de bain Je ne sais pas rentrer dans la baignoire Je ne leur ai jamais demandé non plus (.) »

Conclusion et position du SECM

Sur base des différents témoignages (assurée et aides-soignantes) et en fonction des directives, le SECM a établi une cotation des critères de dépendance qui a été soumise à Mr A lors de l'audition du 10/11/2015

Critère	Cotations A du 01/01/2014 au 31/12/2014 (*)	Cotations SECM	Cotations PVC
Se laver	4	2	3
S'habiller	4	1	4
Transferts/déplacements	4	2/3	3
Aller à la toilette	4	1	4
Continence	4	2/3	2
Manger	3	1	2
FORFAIT/TOILETTES	FC	T7	FA

(*) échelle de Katz datée le 16/12/2013

La justification des critères différents par rapport à la cotation de Mr A datée du 16/12/2013 est basée sur les éléments suivants .

Critère se laver : la cotation de 4 est attribuée à un patient qui doit être entièrement aidé pour se laver tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture, si une tierce personne ne le fait pas, le patient n'est pas lavé , ce qui n'est pas le cas de l'assurée qui certes a besoin d'aide pour se laver les pieds mais aussi le dos, ce qui vaut une cotation de 3

Critère s'habiller : en l'absence d'élément probant, le SECM maintient la cotation de 4

Critère transfert/déplacements la cotation de 4 est attribuée à un patient qui est grabataire ou en chaise roulante et dépend entièrement des autres pour se déplacer, Un transfert autonome de la voiturette vers une chaise, le fauteuil ou le lit ou inversement est impossible sans l'aide d'une tierce personne ; ce qui n'est pas le cas de l'assurée car elle se déplace en chaise roulante dans sa maison à l'aide de ses pieds, elle a besoin d'aide pour la mise au lit (déclaré par les 3 aides-soignantes) ce qui vaut une cotation de 3.

Critère aller à la toilette étant donné les contradictions dans les différents témoignages, en l'absence d'élément probant, le SECM maintient la cotation de 4

Critère continence la cotation de 4 est attribuée à un patient qui est incontinent pour les urines et les selles, ce qui n'est pas le cas de l'assurée car d'une part une aide-soignante a notamment déclaré passer le midi pour voir s'il fallait la changer, Mr A a déclaré qu'une toilette du siège était à réaliser si l'assurée s'était souillée et d'autre part, l'assurée dit se rendre aux toilettes. Donc, il ne s'agit pas d'une incontinence permanente mais occasionnelle, ce qui vaut une cotation de 2

Critère manger la cotation de 3 est attribuée à un patient qui a besoin d'une aide partielle pendant qu'il mange ou boit ; ce qui n'est pas le cas de l'assurée, elle réchauffe un plat préparé, ce qui vaut une cotation de 2

En conclusion, les cotations établies par le SECM aurait permis à Mr A d'attester un honoraire forfaitaire dit forfait A journalier

Le prestataire a réfuté les arguments en faveur de la cotation attribuée par le Service, déclarant que l'assurée racontait « n'importe à quoi à n'importe qui »

Toutefois, le Service estime que la cohérence des propos tenus par Mme F. n'a pas à être mise en doute et que ses déclarations rejoignent par ailleurs les affirmations des aides-soignantes

En conséquence de quoi, le grief est établi pour toutes les prestations forfaits C attestées durant la période concernée par le grief à savoir du 01/01/2014 au 30/06/2014

Toutefois dès lors que ces prestations étaient déjà retenues sous le grief 2 - toilette incomplète), le grief est formulé à titre subsidiaire pour cet assuré et aucun indu n'a été généré

L'indu différentiel tel que calculé par le SECM est donc théorique

1.3.3. Position et justification de portée générale de Mr A. pour ce grief

En conclusion, le Service tient à s'en référer à une déclaration de Mr A qui témoigne à suffisance de son manque de connaissance de la réglementation en vigueur

En effet, interrogé en date du 10/11/2015, celui-ci devait déclarer

« ()

Vous me demandez comment, d'une façon générale, je remplis les échelles de Katz pour les patients et sur quelles bases ?

Je me base uniquement sur le formulaire réglementaire qui décrit les différents paramètres de dépendance

Vous me montrez un texte intitulé : « Directives pour l'utilisation de l'échelle d'évaluation » d'application à partir du 01-04-2011.

Vous me demandez si je connais les directives concernant la façon dont il faut remplir les échelles de Katz ? Vous m'en remettez un exemplaire.

Je vous réponds que je n'ai pas connaissance de ce texte que je découvre avec vous.

(..) »

1.4. 4^{ème} GRIEF

Le grief se fonde sur l'analyse des données informatiques transmises et authentifiées par les différents organismes assureurs conformément au prescrit de l'article 138 de la loi ASSI, l'analyse des dossiers infirmiers transmis lors de l'audition conjointe de Madame R et de Mr A. en date du 18/09/2015, les déclarations de certains bénéficiaires ou de leurs proches ainsi que sur les aveux de Mr A lui-même.

Pour les 11 assurés concernés par ce grief, l'analyse des dossiers infirmiers de Mr A a montré que leur contenu ne correspondait pas à ce qu'exige la nomenclature

1.4.1. Déclarations de portée générale pour le grief

➤ Déclaration de Madame R, infirmière et compagne de Mr A, lors de son audition du 18/09/2015

« (..) Sur question, mon compagnon et moi n'avons aucun dossier informatisé Tous nos dossiers sont sous forme papier

Sur question, depuis janvier 2013, tous mes patients ont un dossier ici à mon domicile

Il en est de même pour mon compagnon

Chez certains patients, il y a encore des cahiers à domicile pour noter la glycémie.

Je complète mes dossiers tous les 8 – 10 jours sauf quand il y a quelque chose de particulier telle qu'une hospitalisation

() »

➤ Déclarations de Mr A. en date du 10/11/2015 :

« () Je vous confirme que je ne détiens pas d'autres documents que ceux que je vous ai déjà remis à l'exception de L pour qui j'ai encore des photos récentes (octobre 2015) Entre octobre 2015 et décembre 2014 je n'ai pas d'autres documents

Vous me demandez si je connais le contenu minimal du dossier infirmier tel qu'il est décrit dans la nomenclature

Je vous réponds que non, je ne connaissais pas les plan de soins, les dossiers plaies, je ne garde pas toujours le contenu des prescriptions d'injections (substances à injecter), je ne dispose pas d'une relevé des soins avec identification des personnes qui ont fait les soins, etc

Vous m'expliquez ce que doit comprendre un dossier infirmier et me remettez un document avec les directives concernant le dossier infirmier

Je reconnais que mes dossiers ne répondent pas à ce qu'en exige la nomenclature

En particulier, dans aucun de ceux-ci, il n'est possible d'identifier la personne qui a donné les soins

Vous me demandez si je souhaite que l'on passe en revue les dossiers des assurés dont nous avons parlé en détail dans le début de cette audition . K, E, C, F, D, G., I

Je vous réponds que non, les dossiers sont les mêmes pour tous les assurés et ce que vous remarquez pour ces 4 derniers dossiers est vrai pour tous les dossiers discutés précédemment dans cette audition (.) »

1.4.2. Remarque de portée générale pour les 11 dossiers infirmiers concernés:

Bien que la tenue incomplète des dossiers infirmiers soit constante, le SECM n'a repris à grief que la période du mois de décembre 2013 et ce à titre d'exemple

Ci-après, et pour chaque assuré, le SECM a scanné partiellement la feuille du dossier infirmier correspondant au mois de décembre 2013

1.4.3. J.

Il s'agit d'un honoraire forfaitaire dit forfait A code semaine 425272, code weekend ou jour férié 425670, du pseudocode de la 1^{ère} prestation de base (426635) et du pseudocode du soin d'hygiène (toilette) (426731) portés en compte du 01/12/2013 au 31/12/2013. Ces prestations ont été introduites au remboursement en date du 31/01/2014

Pour le mois de décembre 2013, le dossier infirmier mentionne :

NOM	SOINS INFIRMIERS																															
Mois: 12/2013	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
Toilette complète nuit																																
Toilette complète au lavabo	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Toilette partielle avec aide																																
Shampooing (lavage de cheveux)																																
Couper les ongles																																
Alimentation du lit																																
Changer la literie																																
Préparation de médicament(s) pour une semaine																																
Administration de médicaments par voie intramusculaire																																
Administration de médicaments par voie sous-cutanée																																
Administration de médicaments par voie per os																																
Application de patch																																
Application de pommades ou d'un produit médicamenteux																																
Application de collyre et/ou de pommade ophtalmique																																
Application de bande(s) et/ou enlèvement de bat																																
Sondage vésical																																
Lavage par une sonde rectale																																
Evacuation manuelle de fécalome																																
Soins de plaie(s) simples																																
Soins de plaie(s) complexes																																
Soins de plaie(s) spécifiques																																
Préparation et administration d'aérosol																																
Aide partielle à l'alimentation (couper et tartiner...)																																
Aide partielle à la mobilisation																																

Conformément à l'article 8 § 4 de la NPS, le dossier infirmier aurait dû contenir l'identité du dispensateur de soins qui a effectué la toilette et les éléments concernant la planification et l'évaluation des soins auraient dû apparaître au moins toutes les deux semaines.

Or le SECM constate que ces éléments sont manquants dans le dossier.

Par conséquent, conformément à l'art 8 §3, 5°, le SECM déclare le grief établi pour toutes les prestations - honoraire forfaitaire dit forfait A code semaine 425272, code weekend ou jour férié 425670, du pseudocode de la 1^{ère} prestation de base (426635) et du pseudocode du soin d'hygiène (toilette) (426731) – attestés du 01/12/2013 au 31/12/2013 et introduites au remboursement en date du 31/01/2014

PRESTATION	VALEUR	NOMBRE	INDU
425272	16,64 €	21	349,44 €
425670	24,96 €	10	249,60 €
TOTAUX		31	599,04 €

1.4.4. K.

Les prestations litigieuses sont mentionnées par le chiffre « 4 » dans la colonne grief « NC/D » du tableau repris aux pages 3 à 5 du document E/.

Il s'agit de une prestation de soins d'hygiène (toilette) code semaine 425110 et code weekend ou jour férié 425515

- 2 prestations d'administration de médicaments par voie intramusculaire, sous-cutanée ou hypodermique, attestées en semaine sous le code 423076 et le weekend ou jour férié sous le code 423275
- une 1^{ère} prestation de base attestée en semaine sous le code 425014 et le weekend ou jour férié sous le code 425412
- une 2^{ème} prestation de base attestée en semaine sous le code 425036 et le weekend ou jour férié sous le code 425434
- une prestation « *honoraire de suivi pour l'accompagnement, par un infirmier référent, d'un patient diabétique qui ne passe pas aux soins autonomes* » attestée en semaine sous le code 423231 et le weekend ou jour férié sous le code 423334

Ces prestations ont été portées en compte du 01/12/2013 au 31/12/2013 et introduites au remboursement en date du 16/01/2014

Pour le mois de décembre 2013, le dossier infirmier mentionne

NOM

SOINS INFIRMIERS

Mois	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
Toilette complète au lit																																
Toilette complète au lavabo	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Toilette partielle avec aide																																
Shampooing (lavage de cheveux)																																
Couper les ongles																																
Réfection du lit																																
Changer la literie																																
Préparation de médicaments pour une semaine																																
Administration de médicaments par voie intramusculaire																																
Administration de médicaments par voie sous-cutanée																																
Administration de médicaments par voie per os																																
Application de patch																																
Application de pommades ou d'un produit médicamenteux																																
Application de collyre et/ou de pommade ophtalmique																																
Application de bandage(s) et/ou enlèvement de bras																																
Sondage vésical																																
Lavage par une sonde rectale																																
Evacuation manuelle de l'écoulement																																
Soins de plaie(s) simples																																
Soins de plaie(s) complexes																																
Soins de plaie(s) spécifiques																																
Préparation et administration d'aérosol																																
Aide partielle à l'alimentation (couper et tartiner)																																
Aide partielle à la mobilisation																																
17 AS - <i>Signature</i>																																

Lors de l'audition de l'assuré, Mr K, le médecin-inspecteur a emporté le cahier infirmier de l'assuré (cf pièces 862 à 876).

Ce cahier comporte uniquement une mention du jour et du mois sans mention de l'année. Néanmoins, à la date du 04/10, le prénom « O » est inscrit et à la date du 05/10, est inscrit le prénom « H ». L'analyse des contrats et des données DMFA montre que H a travaillé du 1^{er} mai 2013 au 7 février 2014 et O a travaillé du 14 septembre 2013 au 31 mars 2014 pour le couple R -A

En conclusion, le SECM en déduit que les inscriptions correspondant au mois de décembre se rapportent à décembre 2013

Une copie de ces pages est scannée ci-dessous

26/11	156	324	204
27/11	320	168	200
28/11	165	320	200
29/11	320	179	200
30/11	105	320	200
01/12	115	320	200
02/12	109	320	200
3/12	324	252	204
4/12	122	320	200
5/12	320	168	200
6/12	320	174	200
7/12	103	320	200
8/12	320	175	200
9/12	128	320	200
10/12	320	145	200
11/12	129	324	204
12/12	324	179	204
13/12	112	320	200
14/12	320	208	200
15/12	320	166	200
16/12	320	200	200
17/12	117	320	200
18/12	320	200	168
19/12	320	177	200
20/12	320	116	200
21/12	320	200	119
22/12	320	119	200
23/12	320	121	200
24/12	324	142	204
25/12	324	236	200
26/12	324	133	204
27/12	320	151	200
28/12	320	247	200
29/12	320	129	200
30/12	320	103	200
31/12	320	138	200
01/01	320	166	200
02/01	320	119	200
3/1	324	157	204
4/1	324	295	204
5/1	324	204	204
6/01	320	122	200
7/01	324	144	204
8/1	324	204	204
9/1	324	135	204

Le SECM constate qu'aucun prestataire n'y est identifiable pour le mois de décembre 2013. Seules les glycémies et les doses d'insuline y sont mentionnées sans spécification du type d'insuline administrée.

Or, conformément à l'article 8 §4 de la NPS, le dossier infirmier doit contenir l'identité du ou des dispensateurs ayant effectué les soins attestés.

De plus, en ce qui concerne les prestations 423231 et 423334 attestées, l'article 8 §5ter 9 précise que ces prestations peuvent uniquement être attestées à la condition que l'accompagnement infirmier ait lieu selon un planning des soins approuvé et actualisé par le médecin traitant et qui répond à une directive fixée par le Comité de l'assurance.

Or, en l'espèce, l'analyse du dossier de l'assuré transmis au SECM ne reprend aucun plan de soins.

En conséquence de quoi, le grief doit être déclaré établi pour toutes les prestations attestées du 01/12/2013 au 31/12/2013, conformément à l'art 8 §3 5°.

NOM :

SOINS INFIRMIERS

Mois : 12/2013	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Toilette complète au lit																															
Toilette complète au lavabo																															
Toilette partielle avec aide																															
Shampooing (lavage de cheveux)																															
Couper les ongles																															
Réfection du lit																															
Changer la literie																															
Préparation de médicaments pour une semaine																															
Administration de médicaments par voie intramusculaire																															
Administration de médicaments par voie sous-cutanée																															
Administration de médicaments par voie per os																															
Application de patch																															
Application de pommades ou d'un produit médicamenteux																															
Application de collyre et/ou de pommade ophtalmique																															
Application de bandage(s) et/ou entêtement de bas																															
Sondage vésical																															
Lavement par une sonde rectale																															
Evacuation manuelle de fécalome																															
Soins de plaie(s) simples																															
Soins de plaie(s) complexes																															
Soins de plaie(s) spécifiques																															
Préparation et administration d'aérosol																															
Aide partielle à l'alimentation (couper et tartiner...)																															
Aide partielle à la mobilisation																															

11/12/2013
 D. Roussel + G. Gervais ~~prescription~~ à Prescrire
 car S. de J.M. 2x/15

6/10 IS US Presc.

11/12/2013 J.M. à P. de mobilisation

Le SECM constate que, pour le mois de décembre 2013, aucun prestataire n'est identifiable et que l'identité du prescripteur et le contenu de la prescription sont absents. Or, pour être conforme à l'article 8 §4 de la NPS, le dossier infirmier aurait dû, entre autres données, contenir ces éléments.

En conséquence de quoi, conformément à l'art 8 §3, 5° de la NPS, le grief doit être déclaré établi pour toutes les prestations attestées du 01/12/2013 au 25/12/2013

PRESTATION	VALEUR	NOMBRE	INDU
423076	2,07 €	10	20,70 €
423076	2,14 €	10	21,40 €
423275	3,22 €	4	12,88 €
425014	3,64 €	17	61,88 €
425036	3,64 €	10	36,40 €

PRESTATION	VALEUR	NOMBRE	INDU
423076	2,07 €	21	43,47 €
423076	2,14 €	21	44,94 €
423231	0,31 €	21	6,51 €
423275	3,22 €	20	64,40 €
423334	0,31 €	10	3,10 €
425014	3,64 €	21	76,44 €
425036	3,64 €	21	76,44 €
425110	5,15 €	21	108,15 €
425412	5,08 €	10	50,80 €
425434	5,08 €	10	50,80 €
425515	7,74 €	10	77,40 €
TOTAUX		186	602,45 €

1.4.5. E.

Les prestations litigieuses sont mentionnées par le chiffre « 4 » dans la colonne grief « NC/D » du tableau repris aux pages 14 et 15 du document E/

Il s'agit d'

- une prestation de soins d'hygiène (toilette) code semaine 425110 et code weekend ou jour férié 425515
- une 1^{ère} prestation de base attestée en semaine sous le code 425014 et le weekend ou jour férié sous le code 425412 du 02/12/2013 au 13/12/2013
- 2 prestations d'administration de médicaments par voie intramusculaire, sous-cutanée ou hypodermique, attestées en semaine sous le code 423076 et le weekend ou jour férié sous le code 423275
- une 2^{ème} prestation de base attestée en semaine sous le code 425036 et le weekend ou jour férié sous le code 425434

Ces prestations ont été portées en compte du 01/12/2013 au 25/12/2013 et ont été introduites au remboursement auprès de l'OA en date du 16/01/2014

Pour le mois de décembre 2013, le dossier infirmier mentionne :

425110	5,15 €	17	87,55 €
425412	5,08 €	8	40,64 €
425434	5,08 €	2	10,16 €
425515	7,74 €	8	61,92 €
TOTAUX		86	353,53 €

De même, ne s'y trouvent pas l'identité du prescripteur ni le contenu de la prescription ni les éléments concernant la planification et l'évaluation des soins qui doivent être mentionnés toutes les deux semaines pour les honoraires forfaitaires.

Enfin, s'agissant des prestations 423231 et 423334 attestées, l'article 8 §5ter 9 de la NPS précise que ces prestations ne peuvent être attestées qu'à la condition que l'accompagnement infirmier ait lieu selon un planning des soins, approuvé et actualisé par le médecin traitant et qui répond à une directive fixée par le Comité de l'assurance

Or, le SECM constate, à l'analyse du dossier de l'assuré que tous ces éléments sont absents

En conséquence de quoi le grief doit être déclaré établi pour toutes les prestations attestées du 01/12/2013 au 31/12/2013 conformément à l'art 8 §3 5° de la NPS

PRESTATION	VALEUR	NOMBRE	INDU
423231	0,31 €	21	6,51 €
423334	0,31 €	10	3,10 €
425316	44,26 €	21	929,46 €
425714	66,03 €	10	660,30 €
428035	0,59 €	21	12,39 €
428050	0,59 €	10	5,90 €
TOTAUX		93	1.617,66 €

1.4.7. F.

Les prestations litigieuses sont mentionnées par le chiffre « 4 » dans la colonne grief « NC/D » du tableau repris aux pages 47 à 50 du document E/

Il s'agit

- d'un honoraire forfaitaire dit forfait C code semaine 425316, code weekend ou jour férié 425714 ; du pseudocode de la 1^{ère} prestation de base (426635), du pseudocode de la 2^{ème} prestation de base (426650), du pseudocode de la 3^{ème} prestation de base (426672) et de 3 pseudocodes du soin d'hygiène (toilette) (426731)
- d'une prestation *valorisation des prestations multiples et contraignantes chez les patients très dépendants* code semaine 428035 et code weekend ou jour férié 428050

Ces prestations ont été portées en compte du 01/12/2014 au 31/12/2013 et introduites au remboursement auprès de l'OA en date du 11/01/2014

- Pour le mois de décembre 2013, le dossier infirmier mentionne .

NOV

SOINS INFIRMIERS

Mois - 12/2013	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
Toilette complète au lit																																
Toilette complète au lavabo																																
Toilette partielle avec aide																																
Shampooing (lavage de cheveux)																																
Couper les ongles																																
Malfection du lit																																
Changer la literie																																
Préparation de médicaments pour une semaine																																
Administration de médicaments par voie intramusculaire																																
Administration de médicaments par voie sous-cutanée																																
Administration de médicaments par voie per os																																
Application de patch																																
Application de pommades ou d'un produit médicamenteux																																
Application de collyre et/ou de pommade ophtalmique																																
Application de bande(s) et/ou enlèvement de bandes																																
Sondage vésical																																
Lavage par une sonde rectale																																
Evacuation manuelle de fécalome																																
Soins de plaie(s) simples																																
Soins de plaie(s) complexes																																
Soins de plaie(s) spécifiques																																
Préparation et administration d'un aerosol																																
Aide partielle à l'alimentation (couper et tacher...)																																
Aide partielle à la mobilisation																																

Conformément à l'article 8 §4 de la NPS, le dossier infirmier aurait du contenir l'identité du dispensateur de soins qui a effectué la toilette.

De plus, pour les soins d'hygiène à l'acte, les éléments concernant la planification et évaluation des soins doivent être mentionnés dans le dossier au moins tous les deux mois.

En conséquence de quoi, le grief doit être déclaré établi pour toutes les prestations attestées du 01/12/2013 au 31/12/2013 conformément à l'art 8 §3 5° de la NPS

PRESTATION	VALEUR	NOMBRE	INDU
425014	3,64 €	21	76,44 €
425110	5,15 €	21	108,15 €
425412	5,08 €	10	50,80 €
425515	7,74 €	10	77,40 €
TOTAUX		62	312,79 €

1.4.9. D.

Les prestations litigieuses sont mentionnées par le chiffre « 4 » dans la colonne grief « NC/D » du tableau repris à la page 73 du document E/ .

Il s'agit d' une prestation de soins d'hygiène (toilette) code semaine 425110, code weekend ou jour férié 425515 et d'une 1ère prestation de base attestée en semaine sous le code 425014, weekend ou jour férié sous le code 425412 portées en compte du 01/12/2013 au 31/12/2013

Ces prestations ont été introduites au remboursement auprès de l'OA, en date du 31/01/2014.

1.4.10. G.

Les prestations litigieuses sont mentionnées par la mention « 4 » dans la colonne grief « NC/D » du tableau repris aux pages 80 à 84 du document E/

Il s'agit :

- d'une 1ère prestation de base attestée en semaine sous le code 425014 et le weekend ou jour férié sous le code 425412
- d'une 2ème prestation de base attestée en semaine sous le code 425036 et le weekend ou jour férié sous le code 425434
- d'une 3ème prestation de base attestées en semaine sous le code 425051 et le weekend ou jour férié sous le code 425456
- de prestations d'administration de médicaments par voie intramusculaire, sous-cutanée ou hypodermique, attestées en semaine sous le code 423076 et le weekend ou jour férié sous le code 423275
- du 01/02/2014 au 31/05/2014 d'une prestation de soins de plaie(s) complexes attestée en semaine sous le code 424351 et le weekend ou jour férié sous le code 424513
- d'une prestation honoraire de suivi pour l'accompagnement, par un infirmier référent, d'un patient diabétique qui ne passe pas aux soins autonomes attestée en semaine sous le code 423231 et le weekend ou jour férié sous le code 423334

Ces prestations ont été portées en compte du 01/12/2013 au 31/12/2013 et introduites au remboursement auprès de l'OA en date du 31/01/2014:

S'agissant de ce cas, Mr A et Mme R ont déclaré ce qui suit .

Déclarations de Mme R , infirmière et compagne de Mr A , en date du 18/09/2015

« (...) En ce qui concerne G., je n'ai pas de dossier mais j'ai 12 carnets de surveillance de glycémie où le jour et le mois sont précisés mais pas l'année. Est noté le résultat de la glycémie et la dose ainsi que le type d'insuline Mon compagnon n'a pas fait de dossier car il notait dans les carnets de glycémie, les paramètres précisés ci-dessus (..) »

Déclarations de Mr A en date du 10/11/2015

*« (.) **G.** (*

Sur question, je n'ai aucun dossier, donc pas de dossier de plaie complexe ni de plan de soin (.) »

Le Service estime que le grief doit être déclaré établi

En effet

- Le dossier infirmier aurait du contenir l'identité du dispensateur de soins qui a effectué les injections d'insuline et le soin de plaie(s) complexes, le contenu de la prescription médicale et l'identité du prescripteur, les éléments relevant concernant la planification et l'évaluation des soins et un dossier soin de plaie spécifique comme le prévoit l'article 8 §8 5 de la NPS
- En ce qui concerne les prestations 423231 et 423334 attestées, l'article 8 §5ter 9 de la NPS précise que ces prestations ne peuvent être attestées qu'à la condition que l'accompagnement infirmier ait lieu selon un planning des soins approuvé et actualisé par le médecin traitant et qui répond à une directive fixée par le Comité de l'assurance
- En ce qui concerne les prestations 424351 et 424513 attestées, l'article 8 §8 5° de la NPS précise que ces prestations ne peuvent être attestées qu'à la condition qu'un dossier soin de plaie spécifique soit établi et dont le contenu correspond à une directive fixée par le Comité de l'assurance
- Or, le SECM ne peut que constater l'absence totale de dossier

En conséquence de quoi, le grief doit être déclaré établi pour toutes les prestations attestées entre le 01/012/2013 et le 31/12/2013, conformément à l'article 8 §3 5° et §4 de la NPS

PRESTATION	VALEUR	NOMBRE	INDU
423076	0,00 €	63	0,00 €
423076	1,61 €	21	33,81 €
423231	0,31 €	21	6,51 €
423275	0,00 €	20	0,00 €
423275	0,01 €	10	0,10 €
423275	2,42 €	10	24,20 €
423334	0,31 €	10	3,10 €
424351	5,82 €	21	122,22 €
424513	8,49 €	10	84,90 €
425014	2,91 €	21	61,11 €
425036	2,32 €	21	48,72 €
425051	0,00 €	42	0,00 €
425412	3,99 €	10	39,90 €
425434	3,99 €	10	39,90 €
425456	0,00 €	20	0,00 €
TOTAUX		310	464,47 €

1.4.11. M.

Les prestations litigieuses sont mentionnées par le chiffre « 4 » dans la colonne grief « NC/D » du tableau repris aux pages 103 et 104 du document E/ ..

Il s'agit d'un honoraire forfaitaire dit forfait A code semaine 425272, code weekend ou jour férié 425670, du pseudocode de la 1^{ère} prestation de base (426635) et du pseudocode du soin d'hygiène (toilette) (426731) portés en compte du 01/12/2013 au 31/12/2013

Ces prestations ont été introduites au remboursement auprès des OA en date du 11/01/2014

Pour le mois de décembre 2013, le dossier infirmier mentionne :

NOM :

SOINS INFIRMIERS

Mois : 12/2013	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Toilette complète au lit																															
Toilette complète au lavabo	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Toilette partielle avec aide																															
Shampooing (lavage de cheveux)																															
couper les ongles																															
Réfection du lit																															
Changer la literie																															
Préparation de médicaments pour une semaine																															
Administration de médicaments par voie intramusculaire																															
Administration de médicaments par voie sous-cutanée																															
Administration de médicaments par voie per os																															
Application de patch																															
Application de pommades ou d'un produit médicamenteux																															
Application de collyre et/ou de pommade ophtalmique																															
Application de bandage(s) et/ou enlèvement de bas																															
Sondage vésical																															
Lavement par une sonde rectale																															
Evacuation manuelle de fécalome																															
Soins de plaie(s) simples																															
Soins de plaie(s) complexes																															
Soins de plaie(s) spécifiques																															
Préparation et administration d'aérosol																															
Aide partielle à l'alimentation (couper et trancher, ...)																															
Aide partielle à la mobilisation																															

Pour être conforme à l'article 8 §4 de la NPS, le dossier infirmier aurait du contenir l'identité du dispensateur de soins qui a effectué la toilette et des éléments concernant la planification et l'évaluation des soins qui auraient dû être mentionnés toutes les deux semaines.

Or, le SECM constate que ces éléments sont absents du dossier ,

En conséquence de quoi, le grief doit être déclaré établi pour toutes les prestations attestées du 01/12/2013 au 31/12/2013, conformément à l'art 8 §3 5° de la NPS

PRESTATION	VALEUR	NOMBRE	INDU
425272	12,66 €	21	265,86 €
425670	18,90 €	10	189,00 €
TOTAUX		31	454,86 €

1.4.12.1.

Les prestations litigieuses sont mentionnées par le chiffre « 4 » dans la colonne grief « NC/D » du tableau repris à la page 105 du document E/

Il s'agit d'une prestation de soins d'hygiène (toilette) code semaine 425110, code weekend ou jour férié 425515 et d'une 1^{ère} prestation de base attestée en semaine sous le code 425014, le weekend ou jour férié sous le code 425412 portées en compte du 01/12/2013 au 31/12/2013

Ces prestations ont été introduites au remboursement en date du 13/01/2014

Pour le mois de décembre 2013, le dossier infirmier mentionne :

[illegible]

Le SECM constate que les cases vis-vis de l'item « toilette complète au lavabo » sont toutes biffées

L'assurée n'ayant pas été entendue, le SECM considère que l'assuré a bénéficié de sa toilette chaque jour

Conformément à l'article 8 §4 de la NPS, le dossier infirmier aurait du contenir l'identité du dispensateur de soins qui a effectué la toilette.

De plus, pour les soins d'hygiène à l'acte, les éléments concernant la planification et évaluation des soins doivent être mentionnés dans le dossier au moins tous les deux mois

En conséquence de quoi, le grief doit être déclaré établi pour toutes les prestations attestées du 01/12/2013 au 31/12/2013, conformément à l'art 8 §3 5° de la NPS

PRESTATION	VALEUR	NOMBRE	INDU
425014	3,64 €	21	76,44 €
425110	5,15 €	21	108,15 €
425412	5,08 €	10	50,80 €
425515	7,74 €	10	77,40 €
TOTAUX		62	312,79 €

1.4.13. N.

Les prestations litigieuses sont mentionnées par le chiffre « 4 » dans la colonne grief « NC/D » du tableau repris aux pages 112 et 113 du document E/

Il s'agit d'un honoraire forfaitaire dit forfait A code semaine 425272, code weekend ou jour férié 425670 ; du pseudocode de la 1^{ère} prestation de base (426635) et du pseudocode du soin d'hygiène (toilette) (426731) portés en compte du 01/12/2013 au 31/12/2013

Ces prestations ont été introduites au remboursement en date du 31/01/2014.

Pour le mois de décembre 2013, le dossier infirmier mentionne/

NOM: Décembre 2013

SOINS INFIRMIERS

[illegible]

Pour être conforme à l'article 8 §4 de la NPS, le dossier infirmier aurait du contenir l'identité du dispensateur de soins qui a effectué la toilette et des éléments concernant la planification et l'évaluation des soins qui auraient dû être mentionnés toutes les deux semaines.

Or, le SECM constate que ces éléments sont absents du dossier.

En conséquence de quoi, le grief doit être déclaré établi pour toutes les prestations attestées du 01/12/2013 au 31/12/2013, conformément à l'art 8 §3 5° de la NPS

PRESTATION	VALEUR	NOMBRE	INDU
425272	16,64 €	21	349,44 €
425670	24,96 €	10	249,60 €
TOTAUX		31	599,04 €

1.5. 5^{ème} GRIEF

Le grief se fonde sur

- les déclarations des bénéficiaires ou de leurs proches décrivant le rôle actif des aides-soignantes dans la dispensation des soins d'hygiène ,
- l'audition de l'aide-soignante, O , ayant travaillé pour Mr A entre le 01/1/2014 et le 31/03/2014 ,
- l'audition conjointe de Mr A et de sa compagne, Mme R , infirmière, en date du 18/09/2015 ,
- l'audition de Mr A du 10/11/2015 où il reconnaît le rôle actif des aides-soignantes, notamment, dans la réalisation des soins d'hygiène ;
- le cahier infirmier de Mr K , saisi au domicile de ce dernier ,
- l'analyse des horaires des collaboratrices salariées au départ des comptes individuels de prestations fournis par l' . . ;
- l'analyse des données informatisées transmises et authentifiées par les OA conformément au prescrit de l'article 138 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994

1 5.1. Les déclarations des aides-soignantes ayant travaillé pour le couple –A.-R

En date du 14/11/2014, Mme H. déclare

« De mai 2013 à février 2014, j'ai travaillé pour R J' ai travaillé pour elle en contrat à durée déterminée de mai à septembre 2013 ensuite j'ai signé un CDI

(. .)

Avant le mois d'août 2013, je gérais seule la patientèle lorsqu'ils partaient en vacances (ex 2 semaines en . en juillet 2013, 1 semaine en août 2013(.) Ils me disaient de les appeler si j'avais une question ou un problème par rapport aux soins puisque j'étais, à ce moment, la seule personne qui travaillait pour eux et qu'il n'y avait aucune infirmière à disposition pour m'aider Ainsi, je me souviens d'une patiente alitée avec gavage, le mari, Mr T à enclenchait la connexion pour le gavage goutte à goutte et moi je faisais le pansement de l'orifice à la peau à hauteur du nombril, par où passait la sonde de gavage (.)

A partir d'août 2013, il y a une autre aide-soignante qui est venue travailler pour A Il s'agit de O () Elle avait un contrat avec A et moi avec A mais nous faisons la même chose toutes les deux Nous nous remplaçons l'une l'autre, quand l'une travaillait, l'autre était au repos

(. .)

Nous avions, pour le travail, un gsm et une voiture Ceux-ci étaient remis à O ou à moi en fonction de celle qui travaillait

S'il y avait une modification dans la tournée, R. ou A nous en prévenait par GSM Les écrits étaient rares

()

Après, j'allais à . pour donner une douche à un autre patient Il avait une douche un jour sur deux () Il habitait avec sa fille On ne passait qu'une fois tous les deux jours, jamais le soir et il gardait ses langes-culottes deux jours Il marchait, sans tribune, sans canne et il savait aller seul à la toilette sans être vraiment très propre Pour la nourriture, je ne sais pas parce que je n'ai jamais pu voir comment il se débrouillait

(.)

Ensuite j'allais chez T dont je vous ai parlé avant Sa femme était alitée avec gavage On faisait la toilette complète au lit et on disposait les éléments pour que le mari puisse mettre facilement le gavage en route seul On mettait en route l'aérosol J'y allais deux fois par jour ou plus si elle avait souillé son lit Le soir on lui faisait encore une toilette intime Je ne donnais pas les médicaments Je ne sais pas si R passait quand elle n'était pas en vacances ou si c'était le mari qui les lui donnait

(.)

Ensuite, nous allions chez B' dans les appartements près du stade de Je ne connais plus son nom Nous lui donnions les médicaments préparés par R et nous lui mettions un patch de Durogésic Nous préparions aussi son aérosol Nous ne l'avons jamais lavée Elle était encore coquette Elle n'avait pas d'incontinence Elle se déplaçait sans problème Je pense qu'elle commençait à avoir des problèmes de mémoire et peut-être un début de démence Chez cette dame, je ne passais qu'une fois par jour, je n'y suis jamais allée plus et n'ai jamais dû faire autre chose

Ensuite, nous allions chez C' ou du moins chez la mère de C' parce que je pense que C' était le prénom de la fille qui habitait avec elle Pour elle c'était une douche tous les jours y compris samedi, dimanche et jours fériés, plus glycémie et insuline au matin et au soir Nous sommes un peu allées à midi mais seulement le temps que sa fille se fasse opérer soit une bonne semaine Elle était incontinente Le soir on rafraîchissait un peu la toilette plus mettre le linge et la robe de nuit Elle marchait mais était complètement incohérente Elle habitait dans la même rue que l' .. dernière le Je ne sais pas si c'est ou encore Il n'y avait rien d'autre à faire chez elle

(.)

Tous les soins que j'ai donnés je les ai toujours effectués seule sans qu'aucun infirmier soit présent C'est seulement pendant un jour ou deux, quand j'ai commencé, que D', la précédente aide-soignante m'a montré les soins en passant avec moi chez les patients et un jour ou deux quand O a commencé j'ai fait la même chose «

En date du 22/05/2015, Mme O déclare

« ()

*Ensuite, j'ai travaillé comme aide-soignante pour A, infirmier indépendant à partir de **septembre 2013 jusqu'au 31 mars 2014***

(.)

Je travaillais seule pour A et R Quand je dis seule, cela veut dire que pour effectuer la tournée et le passage chez les patients, j'étais seule En réalité, je passais pour des patients de l'un et de l'autre

Au début, pour me mettre au courant, j'ai effectué la tournée des patients, pendant 2 à 3 jours avec une autre aide-soignante qui travaillait pour eux H qui est en fait ma belle-sœur Elle travaillait depuis plus ou moins deux mois pour le couple avant que je ne commence moi-même et elle a arrêté de travailler pour eux, je pense, un à deux mois avant que je n'arrête moi-même

Pendant mes périodes de récupération, c'était soit elle soit eux qui me remplaçaient

D'office, tous les jours, je téléphonais soit à A soit à R ne fut-ce même que pour dire que tout allait bien Je tiens à préciser, d'autant plus qu'il n'y a aucun dossier infirmier chez les patients, que je me fais un point d'honneur, à communiquer avec les collègues même s'il n'est rien arrivé de spécial sur la tournée De leur côté, quand il y avait un changement dans la tournée (un patient ajouté ou un hospitalisé), il me contactait par téléphone Pour le service, le couple avait mis à notre disposition (H et moi) une voiture et un GSM Quand j'avais terminé pas période de quelques jours de travail, je remettais le véhicule et le GSM à l'autre aide-soignante qui faisait la même chose de son côté Quand elle ne travaillait pas non plus, je remettais le véhicule aux patrons

La première personne que nous avions à visiter, c'était une dame à ... Je me souviens qu'elle s'appelait E Nous devions ouvrir la porte, ouvrir les volets, refaire son lit et lui laver les pieds. En général, quand on arrivait, elle était déjà prête et en train de déjeuner Elle était en chaise roulante mais elle savait se débrouiller et se mettre debout Tout le bas était aménagé pour qu'elle n'ai pas à monter les escaliers Elle avait des langes-culottes dont je pense qu'elle les mettait elle-même Sa toilette, elle la faisait toute seule, en dehors des pieds que nous lavions tous les jours De temps en temps, elle demandait pour lui laver le dos Je n'ai jamais dû faire de toilette complète chez elle Ses médicaments, elle les préparait seule et A et R ne devait jamais repasser après nous puisqu'elle était autonome et qu'il n'y avait rien d'autre que la toilette des pieds à faire C'était des voisins qui s'occupaient d'elle pour le reste Le soir, nous repassions pour la mettre au lit et fermer les volets Elle se préparait, et avait déjà mis sa chemise de nuit pour quand nous arrivions Nous passions chez elle en fin de tournée, vers 7h du soir H et moi, nous étions toujours seule quand nous passions chez elle Il n'y a jamais eu aucun problème Je n'ai jamais rempli aucune fiche ou aucun cahier On passait plus ou moins 1/4h à 20 min chez elle Occasionnellement, on lui rendait de petits services comme aller chercher le pain dans le congélateur à la cave ou mettre sécher son linge

()

Puis nous allions chez Mr C. à ...) à qui il fallait donner une douche tous les jours Il allait deux fois par semaine dans un centre de jour Il habitait seul Il fallait lui préparer son déjeuner et quand il n'allait pas au centre c'était une personne des titres-service qui venait lui préparer son dîner Il avait une hémiplégie, je pense à droite Le soir, nous repassions pour le déshabiller, lui retirer l'attelle de la jambe droite et lui préparer un petit souper Il avait ses médicaments préparés dans un semainier (c'était A qui les préparait une fois toute les semaines ou toutes les deux semaines) et je les lui donnais Ce monsieur était diabétique devait passer chaque jour pour faire une injection d'insuline le matin Je pense qu'il n'avait qu'une injection par jour et A ne passait qu'une fois par jour Quand il lui manquait des médicaments, je devais téléphoner à A. pour qu'il prévienne parce que, c'était moi qui donnait les médicaments

() Quand nous faisons la toilette nous étions toujours seules Il se débrouillait avec une canne tripode et avait une douche italienne Nous refaisons son lit le matin et le levions Le soir, nous ouvrons le lit pour qu'il s'y mette seul après notre départ

()

Ensuite, nous allions chez Mme G. à ..., pour lui mettre des bas de contention qu'elle n'arrivait pas à mettre elle-même Ce n'était pas forcément tous les jours C'est un couple de personnes fort autonomes Il arrivait régulièrement (1 ou 2x/semaine) que nous ne passions pas parce qu'ils n'étaient pas là soit chez leur fils soit en ballade

C'est A qui passait pour le mari parce qu'il y avait des pansements à faire au niveau des jambes J'imagine qu'il passait avant que les patients ne partent. J'ai en tête les fêtes de fin d'année en 2014, où les patients sont partis plusieurs jours chez leur fils qui habite . ; je suppose qu'à ce moment, les pansements n'ont pu être faits tous les jours

Chez eux, il n'y avait pas de toilette ni de médicament à donner C'était la dame qui gérait tout

()

Sur la période de 6 mois où je suis restée, A et R sont partis une fois en vacances, une dizaine de jours. Je ne me souviens pas de la période. Pendant cette période, je pense que c'est une cousine à A, infirmière indépendante aussi, qui les a remplacé. C'est ce que A m'a dit mais je n'ai pas eu l'occasion de la rencontrer parce que je ne l'ai pas vue. En fait, cette fois-là, j'ai tourné avec H et les communications concernant les patients, nous nous les faisons mutuellement.

(.)

Après moi, ils ont engagé une aide-soignante qui s'appelait P, mais je ne connais pas son nom de famille. C'est R et A qui ont fait le tour avec elle pour la mettre au courant parce que H avait arrêté de travailler pour eux un à deux mois avant moi. »

En date du 19/08/2015, Mme P déclare

« Le 1^{er} mars 2014, j'ai commencé à travailler pour R, qui est infirmière indépendante à domicile, et avec qui j'ai eu, depuis, plusieurs contrats à durée déterminée. J'y travaille d'ailleurs toujours pour le moment mais mon contrat se termine le 1^{er} septembre de cette année et il ne sera pas renouvelé parce que je suis enceinte de 4 mois et que je suis déjà écartée depuis le 1^{er} juillet 2015.

Dès le début, j'ai été prise à ¾ temps soit, je pense, 30h par semaine, comme c'est encore le cas actuellement.

()

De mémoire, je pense qu'il y en a eu 4 ou 5.

A partir de décembre 2014, j'ai eu des CDD avec R et son conjoint A. C'était 15h/semaine pour chacun (soit 30h au total) mais, en réalité, le travail que je faisais était strictement le même qu'auparavant. Eux-mêmes, passent chez tous les patients sans distinction, ils n'ont pas une patientèle différente l'un de l'autre.

Au début, je travaillais avec une autre aide-soignante qui s'appelait O, dont je ne connais pas son nom de famille. Nous n'étions que deux aides-soignantes à travailler pour R et A. O a encore travaillé, de mémoire, quelques mois après mon arrivée. Quand mes patrons partaient en vacances, il y avait une infirmière pour les remplacer. Je me souviens du prénom de l'une d'entre elles. E' mais il y en a eu d'autres. Je n'ai pas retenu leur nom ni leur prénom parce que les contacts que j'avais avec elles n'étaient pas nombreux. Par exemple quand un patient diabétique n'était pas bien ou quand un patient faisait une chute je faisais appel à l'infirmière qui les remplaçait.

Sur question, je ne me rappelle plus quand ils ont pris leurs vacances en 2014 mais comme ils ont deux enfants, je pense que c'était en juillet ou août. Cette année, ils sont partis en vacances durant le mois d'août.

Après le départ de O quand j'étais absente pour maladie ou pour congé, c'était mes patrons qui me remplaçaient.

Avant le départ de O, nous nous remplaçons l'une l'autre. Nos patrons avaient un petit peu plus de congé que quand j'étais seule à travailler pour eux.

Lorsque je suis entrée à leur service, ils m'ont tout écrit sur une feuille et pendant 1 jour ou deux, O et eux ont fait la tournée avec moi pour me mettre au courant du travail à effectuer.

Je commençais la tournée à 7h jusque 12h et de 6h à 7h le soir.

Quand il y avait un changement dans la tournée, mes patrons me le communiquaient sur mon GSM personnel. Il n'y avait pas de GSM de fonction. Avec O, nous nous faisons un rapport entre nous pour expliquer ce qui s'était passé quand nous avons été en récupération. C'était aussi via son GSM personnel. Il n'y avait pas de rapport écrit sauf chez certains patients où il y avait un cahier et ce n'est qu'à la fin qu'il y a eu mise en place de cahier chez un plus grand nombre de patients mais pas chez tous. Ces communications sur les patients, je les avais aussi avec mes patrons.

Au début j'avais une voiture de fonction soit, jusque le mois de mai 2014 mais ensuite, j'utilisais ma propre voiture

Je travaillais maximum 4 ou 5 jours d'affilée et ensuite, j'avais 2 ou 3 jours de congé mais je précise que c'était un horaire à la carte. Ainsi, il arrivait régulièrement que je ne travaille qu'un jour avec un jour de récupération ensuite. Ce mode de fonctionnement était établi pour convenances personnelles les miennes et les leurs

Je travaillais aussi un WE sur deux

J'avais un horaire pour un mois mais, comme ils étaient très ouverts, on pouvait le modifier suivant les besoins. Quand j'allais chercher ma fiche de paie, R me donnait l'horaire pour le mois suivant. Quand il y avait des modifications en cours de mois, elle m'appelait et je les notais sur un agenda ou un calendrier

Sur question je n'ai pas conservé les fiches d'horaire

Quand j'allais chez les patients, c'était pour la toilette, la douche, les soins de bouche, préparation du petit déjeuner, prise des paramètres, courses. Pour faire tout ça j'étais toujours seule. Je n'ai jamais fait d'acte infirmier tels que prise de sang, IM, Clexane, insuline, pansement

(.)

Je passais chez B' à . , près de .. Elle souffrait d'une démence. Je devais lui donner une douche tous les jours du moins, à force de persuasion, j'y suis parvenue sur la fin, en 2015, parce qu'elle non plus n'était pas d'accord. Je repassais au soir pour mettre la chemise de nuit et faire un aérosol que R avait préparé le matin

R repassait après moi le matin pour donner les médicaments, faire un aérosol et préparer l'aérosol du soir. Quand je la lavais, j'étais toujours seule. Chez elle, je restais de 20 à 30 min

R et A avaient des patients chez qui je ne passais pas mais chez tous les patients chez qui je passais, j'étais absolument seule pour faire les toilettes et les autres actes

Je passais aussi chez C' à . , près du . . C'était une douche tous les jours et comme elle était diabétique, c'était ou A ou R qui passait faire l'insuline le matin après mon passage. J'étais seule pour la laver. Je passais à midi pour la mettre sur la toilette et le soir aussi et pour lui mettre sa protection et sa chemise de nuit. Je restais aussi plus ou moins 30 min chez elle

Ensuite, il y avait Mme F' à . Elle était en permanence alitée et je devais faire sa toilette. Elle avait une sonde gastrique. Soins de bouche plus laver les cheveux une fois par semaine. Je passais trois fois par jour ; à midi pour le change et le soir pour faire un soins de bouche et un change éventuel. Là aussi, j'étais seule mais R passait 2 fois le matin pour mettre en route l'alimentation que son mari, T, arrêtait lui-même et le soir pour brancher l'eau. Chez elle je restais en moyenne 40 min

J'allais chez Mr G' à . Il commençait à avoir des pertes d'équilibre et il fallait l'aider à prendre sa douche. Il marchait avec une canne. Le soir, je repassais pour mettre le pyjama. Il avait une douche tous les jours. Sauf s'il avait une prise de sang ou un vaccin, ni A ni R ne repassait chez Mr G'

Il y avait Mme J' chez qui les patrons faisaient glycémie et insuline et moi j'allais le matin pour voir s'il fallait l'aider à la toilette. Des fois elle était dans sa douche en haut et elle m'attendait pour que je la lave, des fois, elle ne voulait pas se laver

Chez tous ces gens, je passais tous les jours même le samedi et le dimanche même si c'était parfois pour 5 min

(.)

Quand une aide soignante commençait la journée chez un patient qui nécessitait plusieurs passages, c'était la même qui assurait tous les passages

À ma connaissance, après le départ de O , j'étais seule à travailler pour A et R

() »

1 5 2 Déclarations des assurés

En date du 02/07/2015 les assurés ont déclaré :

1.5 2.1. Mme E

« (.)

J'ai une infirmière qui vient tous les jours Je vous montre mon carnet où j'ai écrit son n° de téléphone « . - A » C'est un homme Il vient préparer mes médicaments, toutes les 3 ou 4 semaines, ça dépend de mes boîtes J'ai 4 boîtes pour préparer mes médicaments et une boîte correspond à 7 jours A prépare généralement mes médicaments le matin, mais il n'a pas d'heure pour passer ni de jour fixe pour venir

Quand ce n'est pas lui qui vient, c'est sa femme qui vient mais je ne connais pas son prénom Parfois, c'est une de ces ouvrières qui préparent les médicaments Je ne connais pas le prénom des ouvrières car elles ne viennent pas souvent

Sur question, je n'aime pas être lavée par un homme, alors c'est une infirmière ou une ouvrière qui vient me laver Le matin, ils n'ont pas d'heure pour passer, alors s'ils arrivent trop tard, je me lave moi-même

Sur question, quand ils ne viennent pas le matin, ils passent le soir

Sur question, chaque fois que l'infirmière ou les ouvrières viennent me laver, elles me donnent une douche dans la baignoire J'aime bien être lavée le soir pour pouvoir bien dormir, sinon je ne dors pas

Sur question, quand je me lave seule, je ne sais pas me laver le dos et pour les pieds, j'ai difficile car je ne sais plus me plier

() ces 2 dernières années

Pour résumer

A vient généralement pour préparer mes médicaments, en moyenne 2 fois par mois

A ne m'a jamais lavé car je n'aime pas être lavé par un homme

Je suis lavée chaque fois par une infirmière, l'épouse d'A , ou ses ouvrières Je ne connais pas le prénom de l'épouse ni des ouvrières, ça me gêne de le demander

(.) »

1 5 2 2. Mme M, sœur de Mr C. :

« (.)

Sur question, une infirmière vient 2 fois par jour, le matin et le soir, tous les jours Les jours où mon frère va au Centre, l'infirmière vient faire la toilette de mon frère et le prépare pour qu'il aille au Centre Le soir, l'infirmière repasse pour déshabiller mon frère et le préparer pour la nuit

Les jours où mon frère ne va pas au Centre, l'infirmière fait la toilette mais aussi l'injection d'insuline Et ça le matin Le soir, quand elle repasse, elle fait l'injection d'insuline et déshabille mon frère pour la nuit, elle le met en pyjama et lui donne ses pantoufles

Sur question, quand mon frère ne va pas au Centre, l'infirmière prépare les tartines du matin et du soir, les samedis, dimanches et jours fériés. Pour les mardis, mercredis et jeudis, c'est l'aide-familiale qui prépare les tartines du soir, le matin, c'est l'infirmière qui prépare les tartines et le café

Sur question, tous les jours, soit le matin, soit l'après-midi, ou les deux, l'infirmière fait le contrôle de la glycémie en piquant au bout du doigt, et note le résultat dans le cahier de glycémie

(..)

Sur question, l'infirmier vient toujours 2 fois par jour. S'il doit venir une 3^{ème} fois, c'est que j'ai du lui téléphoner. De mémoire, cela est arrivé 4 à 5 fois depuis septembre 2013. Moi, je ne vois pas l'infirmier qui vient le matin. Mais je sais que A vient et quand il ne sait pas venir, c'est son épouse qui le remplace. Je ne connais pas son prénom, c'est un prénom compliqué

Sur question, quand A part en congé, il se fait remplacer par une infirmière, mais je ne connais pas son prénom. Il ne part pas souvent en congé

(..) »

1.5.2.3. Mme F

« (.)

L'infirmier, c'est A qui vient depuis 4 ans

Je l'ai connu par une voisine. Je n'aimais pas beaucoup car c'était un homme. Mais j'ai accepté, et ça se passe bien

A vient 2 fois par semaine, jamais tous les jours et ce, depuis 4 ans

Il a embauché des infirmières, mais elles fatiguent car il y a à peu près 70 patients par jour

Il y a eu H' qui a travaillé 1 an. Elle a arrêté il y a 6-7 mois pour être opérée du poignet. Je ne me souviens plus de son nom ni son adresse. Elle faisait des piqûres des pansements, comme toutes les autres

(.)

La femme de A, R. qui est infirmière, vient le soir pour me mettre coucher, depuis à peu près 2 mois. Avant, il y avait des infirmières qui venaient – Maintenant, elles ne viennent plus car trop fatiguées parce qu'elles travaillent aussi dans des hôpitaux et des homes

Il y a H qui est venue, elle reste à la . là plus loin. Elle venait tous les jours me mettre coucher le soir et le matin pour laver mes pieds et mettre mes chaussures et mettre des bas

Jusque maintenant, je fais encore ma toilette toute seule même mon dos. Je mets le gant sur un bâton. Il n'y a que mes pieds que je ne sais pas laver

(. .)

Je mets des « protections » la nuit depuis 6 mois. La journée, c'est une culotte en papier avec protection. A revient vers 10h30, 11h00 pour changer la protection. Quand A ne vient pas, c'est une infirmière qui vient. Je ne me souviens plus des noms. Il y avait aussi Z. Je ne sais plus son nom ni son adresse

(..)

X est venue aussi, pendant 4-5 mois. Elle a arrêté parce qu'elle a eu un petit garçon. Elle faisait des piqûres aussi

Il y a en a une qui finit ses études d'infirmière, et qui vient mais je ne me souviens plus de son nom

()

A repart en . pendant 15 jours pour les vacances, en juillet l'année passée Avant, je ne me souviens pas

Il est parti aux sports d'hiver cet hiver ici Sa femme n'est pas partie avec Il est revenu avec une fracture du bras, il a eu un plâtre 6 semaines

Il y a eu X, Y, Z qui l'ont remplacé, avant

Il y a eu l' aussi mais qui a arrêté à cause de ses enfants

Celle qui est venue le plus souvent, c'est l', une grande forte femme

()

Le soir, c'est soit A soit les infirmières qui viennent me mettre au lit et fermer le grand volet et celui sur le côté

Je me rafraîchis toute seule et mets ma robe de nuit toute seule Il ou elles refont le lit avec une alèze Vous constatez les TENA pants et TENA maxi ()

A et les infirmières viennent tous les jours même les WE. »

1 5.2.4 Mme J., épouse de Mr G

« ()

A vient depuis que mon mari est sous insuline, à peu près 10 ans

C'est toujours lui qui est venu, G se pique lui-même mais c'est moi qui lui dit ce qu'il doit faire et quand et je le surveille Ça c'est pendant nos vacances

A travaille avec sa femme R depuis le début

Entretemps, d'autres infirmières sont venues A venait ± 3j/sem et les infirmières les autres jours Mais c'est variable

Pendant les vacances d'A, c'est une remplaçante qui vient Il y a eu beaucoup de changements

Maintenant, c'est K' Il y a eu L', H', O, H

Je ne sais pas vous dire quand elles venaient Elles faisaient les piqûres et les pansements, sous l'autorité de A

Il les présentait la première fois puis elles venaient seules (.)

Il y a 3 visites par jour matin pour pansement et insuline, à midi et le soir les insulines seulement

Il n'y a pas de cahier infirmier mais un cahier de glycémie

Vous constatez qu'il est complété tous les jours 3 fois par jour avec glycémie et dosage d'insuline A adapte le nombre d'U de Lantus selon le schéma de la diabétologue Les infirmières ne modifient jamais le nombre d'U Elles agissent selon les recommandations de A, et aussi pour les pansements

(.)

Mon mari n'a jamais eu de toilette sauf parfois les jambes avant le pansement mais depuis 2-3 fois seulement »

1.5 2 5 Le cahier infirmier d'un assuré

En pages 3 et 4 de ce cahier, il est possible d'identifier 3 prestataires :

- A

- O

- H

Docteur :

Pourriez-vous me faire une
Prescription pour les soins
Infirmier
Toilette + insuline 2x/j.
@ 2 passage/jour et 3 si nec

Merci.

Bien à vous

Pour l'insuline je propose
de diminuer celle de matin
2u par 2u en surveillance glyc
3u/jour pendant 99 jour
après quoi à stopper Medral.
Merci d'avance

Bien à vous

L'infirmier.

4/10	
8H	Passage de l'inf. ()
	T.c. OK.
	Passage de l'inf. 12h15
	Glycémie 131
	Passage de l'inf. 18h
	Glycémie 231
5/10	
8H15	Passage inf. ()
	insu faite neu rédoc.
	glyc. 174
	Passage inf. () 12H15
	glycémie 207
	Passage inf. () 18H
	glycémie 176
6/10	
	Passage inf. () 8H
	insu faite neu rédoc.
	glyc. 205
	Passage 12H (231)
	Passage 18H (214)

30/9	8H dex + ins. lme p + 2
	Mme Insuline de
1/10	TC Dex + insuline
	Sec Insuline
2/10	TC + 8 + insuline
	Sec Insuline
3/10	TC + 8 + insuline
12H	Dex 62 Patient Re Sucré
	Avec 4 sucre + 2 eau
	Sec Dex + 8 Insuline + change
15/10	TC + 8 + insuline difficile à + +
	2 mobiliser les jambes
18/10	Glyc 206 18H
19/10	" 158 8H
	17h30 insu
20/10	164 glyc 18H
21/10	137 glyc 8H
	Soir 18H
25/10	Soir 18h ok

1 5 2 6. Déclarations de Mr A et de Mme R.

➤ En date du 18/09/2015, Mme R, infirmière, compagne de Mr A. déclare .

« (.)

Sur question, moi, R, j'ai une employée salariée depuis mai 2013 J'en ai eu plusieurs

Sur question, mon compagnon, A, vous dit qu'il a aussi une employée, il en a aussi eu plusieurs, depuis à peu près la même période

(

Mon compagnon A, vous dit qu'il a eu comme employé X, O (je pense que c'est le nom de famille), P., E' et M'

()

Sur question, mon compagnon et moi avons engagé des aides-soignantes car nous n'avons pas trouvé d'infirmières

Parmi tout le personnel que mon compagnon et moi avons engagé, les infirmières sont K', E' et M' Toutes les autres personnes engagées citées avant, sont des aides-soignantes

(.)

Mais, je tiens à préciser, comme le confirme mon compagnon, les toilettes et petits soins étaient faits par l'aide-soignante, nous passions avant ou après le passage de l'aide-soignante pour voir son travail, pour faire les actes techniques types injection,.. et pour la surveillance des malades

Nous avons engagé des aides-soignantes sur le conseil de l' et du FOREM qui nous ont donné les informations nécessaires C'est l'... qui a fait toutes les démarches (DIMONA,)»

➤ En date du 10/11/2015, Mr A déclare :

« ()

Vous me demandez à nouveau d'expliquer de quelle façon le travail est réparti entre les différents collaborateurs ma compagne, R, l'aide-soignante et moi

Nous établissons un horaire mensuel pour répartir le travail Il s'agit d'une horaire de principe qui est toujours susceptible d'être changé au fur et à mesure

Les aides-soignantes travaillent sur base d'un mi-temps, une semaine trois jours et une autre semaine deux jours Pendant que les aides-soignantes sont sur le terrain nous travaillons également

Nous n'avons jamais eu qu'une aide-soignante à la fois et elle travaillait pour ma compagne et pour moi Il est arrivé seulement à une reprise que nous ayons deux aides-soignantes à la fois, c'était pour X et H

(.)

Vous me rappelez que dans son audition du 18/09/2015, ma compagne, R avait déclaré en ma présence

« (.) je tiens à préciser, comme le confirme mon compagnon, les toilettes et petits soins étaient faits par l'aide-soignante, nous passions avant ou après le passage de l'aide-soignante pour voir son travail, pour faire les actes techniques types injection, et pour la surveillance des malades

Nous avons engagé des aides-soignantes sur le conseil de l' . et du FOREM qui nous ont donné les informations nécessaires C'est l' qui a fait toutes les démarches (DIMONA, ..)(.) »

Je vous confirme bien ce mode de fonctionnement et la déclaration citée ci-dessus

()

Vous me dites que, selon la législation, les aides-soignantes ne peuvent être engagée que dans le cadre d'une équipe structurelle qui comprend, entre-autre au moins 4 infirmiers à temps plein Vous me dites qu'un rappel de la législation concernée sera joint au procès-verbal de constat »

1 5 3. Conclusion pour ce grief

Il résulte des éléments qui précèdent que Mr A ne travaillait pas, au moment des faits litigieux, au sein d'une équipe structurelle telle qu'énoncée à l'article 8§12, 2° de la NPS et qu'en conséquence, aucune intervention de l'assurance n'était possible pour les « activités infirmières » confiées par un infirmier et effectuées par des aides-soignantes

En conclusion, le grief doit être déclaré établi dans tous les cas d'assurés concernés par le grief

2. INDU TOTAL ET REMBOURSEMENT

2.1. Indu total

Les griefs ont entraîné des débours indus dans le chef de l'assurance obligatoire soins de santé pour un montant de **26.856,50** euros

Le Service constate que Mr A n'a jamais contesté et ne conteste pas le montant de l'indu fixé par le SECM

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

Il y a lieu d'ordonner que Mr A procède au remboursement de l'indu, en application de l'article 142, §1^{er}, 1° et 2° de la loi ASSI, soit la somme de **26.856,50** euros

2.2. En ce qui concerne la demande de responsabilité solidaire à l'égard de la B..

2.2 1 Les faits

Attendu que durant la période infractionnelle, soit du 01/12/2013 au 30/06/2014, la tarification de Mr A était faite par la Société B. (Société Coopérative à Responsabilité illimitée et solidaire), dont le siège social se situe Rue . . à ,

Qu'en date du 01/03/2011, Mr A avait signé un mandat autorisant Mr N', administrateur de la Société B , à porter en compte à l'assurance soins de santé les soins qu'il a effectués

Que cette tarification était établie sur des attestations globales de soins donnés (AGSD) au nom de la société B. sous le n° de tiers payant

Que les AGSD étaient établies sur base des documents internes que remettait chaque mois Monsieur A à la société B (grille reprenant les noms et prénoms des patients, le type de soins à effectuer (insuline, injection, toilette,), le nombre de prestations et le nom de l'infirmier au nom duquel il faut attester les soins) ,

Que les AGSD étaient signées par Mr O', infirmier, n° , administrateur de la société B tout comme Mr N' ,

Que c'est donc bien la société B qui transmettait les AGSD aux OA et qui percevait l'intégralité des remboursements sur le compte BE . pour rétrocéder 95% des honoraires perçus à Mr A , après déduction des frais de gestion

2 2 2 Responsabilité

Attendu que Monsieur A est seul responsable des manquements commis dans ce dossier (attestation de prestations non effectuées, soins d'hygiène incomplets, surévaluation des échelles de Katz, dossiers infirmiers incomplets, soins réalisés par du personnel non qualifié) ,

Que la B doit être dégagée de toute responsabilité solidaire sur base de l'article 164 de la loi ASSI ,

Que cet article dispose en effet ce qui suit .

(..)

*« En régime du tiers payant, les prestations de l'assurance soins de santé payées indûment sont remboursées par le dispensateur de soins qui ne s'est pas conformé aux dispositions légales ou réglementaires. **Lorsque les prestations ont été perçues, pour son propre compte, par une personne physique ou morale, celle-ci est solidairement tenue au remboursement avec le dispensateur de soins** » [.] »*

Qu'en l'espèce, le Service estime que le fait pour la B d'avoir transmis les AGSD aux OA pour perception des sommes dues par l'assurance soins de santé et d'avoir reçu ces sommes sur son compte personnel, pour les rétrocéder à Mr A à concurrence de 95 %, ne la rend pas solidairement responsable sur base de l'article 164 de la loi ASSI ,

Qu'en effet, l'on ne peut considérer que B a perçu les remboursements pour son propre compte mais bien pour le compte de Mr A ,

Que dans le cas présent, la B n'est qu'un mandataire et a respecté les conditions de son mandat

Que l'existence d'un mandat implique en effet que le mandataire agit au nom et pour le compte du mandant (Article 1984 code civil « Le mandat ou la procuration est un acte par lequel une personne donne à une autre le pouvoir de faire quelque chose pour le mandant et en son nom. Le contrat ne se forme que par l'acceptation du mandataire »)

Qu'en ce sens l'article 164 de la loi ASSI ne trouve pas à s'appliquer.

Et qu'en conséquence, la B doit être mise hors cause

3. SUR LE PLAN DE L'AMENDE ADMINISTRATIVE

3 1 Quant au régime juridique de l'amende administrative

L'article 142 §1, 1° de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 prévoit expressément que les dispensateurs de soins qui ne se conforment pas aux dispositions de l'article 73 bis 1° de la loi ASSI (prestations non effectuées) sont tenus au remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé et au paiement d'une amende administrative comprise entre 50 % et 200 % du montant de la valeur des prestations concernées

L'article 142 §1, 2° de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 prévoit que les dispensateurs de soins qui ne se conforment pas aux dispositions de l'article 73 bis 2° de la loi ASSI (prestations non conformes) sont tenus au remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé et/ou au paiement d'une amende administrative comprise entre 5 % et 150 % du montant de la valeur des prestations concernées

Par ailleurs, l'article 157 §1^{er} de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 dispose que « Le Fonctionnaire-dirigeant ou le fonctionnaire désigné par lui () peut décider qu'il sera sursis en tout ou en partie, à l'exécution des décisions infligeant les amendes visées à l'article 142.

Le sursis d'une durée de un à trois ans, peut être accordé lorsque dans les trois ans précédant le prononcé, aucune amende administrative n'a été infligée ni aucun remboursement de prestations indues n'a été imposé à l'intéressé par une instance administrative ou juridictionnelle instituée au sein ou auprès de l'Institut

Le sursis est révoqué de plein droit lorsque le dispensateur est condamné du chef d'une nouvelle infraction visée à l'article 73bis, commise pendant le délai d'épreuve »

3.2. En l'espèce

S'agissant du 1er grief, il y a lieu de souligner que 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 soins

En attestant des prestations alors qu'il ne les avait pas réalisées, Monsieur A a méconnu les obligations qui lui incombent en sa qualité de dispensateur de soins et n'a pas fait preuve de professionnalisme

Compte tenu du nombre très important de prestations non effectuées attestées par Monsieur A (285 prestations non effectuées en l'espace de 6 mois soit du 01-01-2014 au 30-06-2014) pour un indu de 625,48 € soit 47 prestations non réalisées par mois), Monsieur 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

Concernant l'attestation de prestations non conformes (2^{ème} à 5^{ème} griefs), il y a lieu de rappeler que le législateur a encadré de manière très précise les possibilités d'attester des soins infirmiers, afin d'éviter les abus qui pourraient découler d'une appréciation souple et extensive des conditions fixées par la Nomenclature, par exemple en matière d'évaluation de l'état de dépendance physique de l'assuré, ou encore de la préparation et de l'administration de médicaments à des patients psychiatriques chroniques

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

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

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

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

En ne respectant pas les règles relatives à l'évaluation de l'état de dépendance physique des assurés, à l'attestation des soins d'hygiène ou d'honoraires forfaitaires, à la tenue correcte des dossiers infirmiers ou encore aux conditions mises à la réalisation des soins d'hygiène par du personnel soignant, Mr A a manqué à ses obligations légales en tant que dispensateur de soins

Dans ces conditions, au regard de la clarté de la Nomenclature, du nombre élevé de prestations (2 192 prestations litigieuses) et du caractère très élevé de l'indu

(26 231,02 €), il convient d'infliger à Monsieur A une amende administrative conformément à l'article 73bis, 1° et 2° de la loi ASSI

3 3 Sur le quantum de l'amende et le sursis

Eu égard à l'ensemble de ces éléments il est justifié de prononcer à l'encontre de Monsieur A :

- au titre du grief n°1 (prestations non effectuées) une amende administrative de 150 % du montant des prestations indûment remboursées (LC 14.07 1994, art 142, §1er, 1°), soit 938,22 € (indu de 625,48 €).
- Au titre des griefs n°2 à 5 (prestations non conformes) une amende administrative de 100% du montant des prestations indûment remboursées (LC 14 07.1994, art. 142, §1er, 2°), soit 26 231,02 € (indu de 26 231,02€).

Toutefois, l'article 157, §1er 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.

Et en l'espèce, le Fonctionnaire-dirigeant a décidé que la sanction serait assortie d'une mesure de sursis partiel, la sanction effective devant rappeler à l'intéressé 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 Monsieur A.

- au titre du grief n°1 (prestations non effectuées) une amende administrative de 150 % du montant des prestations indûment remboursées (LC 14 07.1994, art 142, §1er, 1°), dont 100 % en amende effective et 50% en amende assortie d'un sursis d'une durée de 3 ans, soit une amende effective de **625,48 €** et une amende assortie d'un sursis de **312,74 €**.
- au titre des griefs n° 2 à 5 (prestations non conformes): une amende administrative de 100% du montant des prestations indûment remboursées (LC 14 07.1994, art. 142, §1er, 2°), dont 50% en amende effective et 50% en amende assortie d'un sursis d'une durée de 3 ans, soit une amende effective de **13.115,51 €** et une amende assortie d'un sursis de **13.115,51 €**.

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 Monsieur A à rembourser la valeur des prestations indues s'élevant à **26.856,50 €** ,
- Condamne Monsieur A à payer une amende administrative au titre du grief n°1 (prestations non effectuées) s'élevant à 150 % du montant des prestations indûment remboursées (625,48 €) dont 100 % en amende effective et 50% en amende assortie d'un sursis d'une durée de 3 ans, soit une amende effective de **625,48 €** et une amende assortie d'un sursis de **312,74 €**.
- Condamne Monsieur A. à payer une amende administrative au titre des griefs 2 à 5 (prestations non conformes) s'élevant à 100% du montant des prestations indûment remboursées (26 231,02 €) dont 50% en amende effective et 50% en amende assortie d'un sursis d'une durée de 3 ans, soit une amende effective de **13.115,51 €** et une amende assortie d'un sursis de **13.115,51 €**.
- 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

Le Fonctionnaire – dirigeant,

Médecin-directeur général

Dr Bernard HEPP

Le Fonctionnaire – dirigeant,

Médecin-directeur général

Dr Bernard HEPP