

**DECISION DU FONCTIONNAIRE-DIRIGEANT DU 15 MARS 2018
BRS/F/17-020**

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

I. GRIEFS FORMULES

3 griefs ont été formulés à l'égard de Madame A. suite à l'enquête menée par les inspecteurs du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI.

En résumé, il lui est reproché :

1. Grief 1

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

Infraction visée à l'article 73bis 1° de la Loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

Ces faits relèvent des dispositions de l'article 142, § 1er, 1° de la Loi coordonnée le 14 juillet 1994.

En l'espèce, il s'agit de **6 cas d'assurés** au nom desquels des prestations non effectuées reprises à l'article 8 §1^{er} de la nomenclature, ont été portées en compte à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, à savoir des soins d'hygiène (toilettes) et/ou des honoraires forfaitaires par journée de soins pour des patients lourdement dépendants, dits forfaits A (FA), des prestations de base (1^{ers} et 2^e passages) et des prestations techniques (administration de médicaments par voie sous-cutanée) datées du 01/11/2014 au 30/04/2016.

Ces prestations non-effectuées ont été introduites auprès des OA sur la période du 10/12/2014 au 31/05/2016.

1.1. Bases réglementaires

1.1.1 Principe général

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. (...) »

1.1.2. Annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités - Art 8

1.2. Prestations en cause

"SECTION 4. - Soins donnés par infirmières graduées ou assimilées, accoucheuses, infirmières brevetées, hospitalières/assistantes en soins hospitaliers ou assimilées."

"**Art. 8. § 1^{er}.** Les prestations suivantes sont considérées comme des prestations qui requièrent la qualification d'infirmière graduée ou assimilée, d'accoucheuse, d'infirmière brevetée, d'hospitalière/assistante en soins hospitaliers ou assimilée, appelées ci-après praticiens de l'art infirmier (W). Toutefois, les prestations techniques spécifiques de soins infirmiers, visées sous rubrique III du § 1^{er}, 1^o, 2^o et 3^o et les honoraires forfaitaires et supplémentaires pour patients palliatifs visés sous les rubriques IV et V du § 1^{er}, 1^o et 2^o requièrent la qualification d'infirmière graduée ou assimilée, d'accoucheuse ou d'infirmière brevetée."

"1^o 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

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

"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^o 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

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

"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

1.3. Assurés concernés par le grief

1.3.1. Mme B. O.A. 506

Durant la période du 01/02/2015 au 25/04/2016 (dates des prestations), Mme A. a attesté les prestations reprises en pages 63 à 76 du PVC

Période d'introduction de ces prestations : du 10/02/2015 au 03/05/2016.

Compte tenu de la déclaration de Mme B. et en l'absence de dossier infirmier, le Service estime qu'aucun soin infirmier, ni soin d'hygiène (toilette) n'a été dispensé à l'assurée Mme B. et que par conséquent, tous les honoraires de toilettes, introduits au remboursement auprès de l'OA 506 par Mme A. pour la période du 01/02/2015 au 25/04/2016 sont des prestations non effectuées.

Sur base des éléments ci-dessus, le service estime qu'aucune prestation n'a été effectuée. En conséquence, toutes les prestations sont indues.

Les prestations litigieuses sont détaillées en pages 63 à 77 du PVC

Assurée Madame B.						
Année 2015						
Prestations introduites à l'OA 506			Prestations retenues à grief (non effectué)			
Date réception des prestations du 10-02-2015 au 03-01-2016			Date réception des prestations du 10-03-2015 au 03-01-2016			
Date de prestation du 02-01-2015 au 31-12-2015			Date de prestation du 01-02-2015 au 31-12-2015			
Codes NPS	Nbre introduit OA	Montant remb par OA	Codes NPS	Remb. prestation	Nbre retenu à grief	Indu
423076 W 0,484	8	17,36 €				
423275 W 0,73	4	13,08 €				
425014 W 0,879	253	931,04 €	425014 W 0,879	3,68 €	230	846,40 €
425110 W 1,167	253	1.320,66 €	425110 W 1,167	5,22 €	232	1.211,04 €
425412 W 1,206	108	556,20 €	425412 W 1,206	5,15 €	98	504,70 €
425515 W 1,754	108	847,80 €	425515 W 1,754	7,85 €	99	777,15 €
Total 2015	734	3.686,14 €		Total 2015	659	3.339,29 €

Assurée Madame B.						
Année 2016						
Prestations introduites à l'OA 506			Prestations retenues à grief (non effectué)			
Date réception des prestations du 02-02-2016 au 03-05-2016			Date réception des prestations du 02-02-2016 au 03-05-2016			
Date de prestation du 01-01-2016 au 25-04-2016			Date de prestation du 01-01-2016 au 25-04-2016			
Codes NPS	Nbre introduit OA	Montant remb par OA	Codes NPS	Remb. prestation	Nbre retenu à grief	Indu
425014 W 0,879	80	294,40 €	425014 W 0,879	3,68 €	80	294,40 €
425110 W 1,167	80	417,60 €	425110 W 1,167	5,22 €	80	417,60 €
425412 W 1,206	32	164,80 €	425412 W 1,206	5,15 €	32	164,80 €
425515 W 1,754	32	251,20 €	425515 W 1,754	7,85 €	32	251,20 €
Total 2016	224	1.128,00 €		Total 2016	224	1.128,00 €

Assurée Madame B.						
Tableau récapitulatif						
Prestations introduites à l'OA 506			Prestations retenues à grief (non effectué)			
Date réception des prestations du 10-12-2014 au 03-05-2016			Date réception des prestations du 10-03-2015 au 03-05-2016			
Date de prestation du 01-11-2014 au 25-04-2016			Date de prestation du 01-02-2015 au 25-04-2016			
Codes NPS	Nbre introduit OA	Montant remb par OA	Codes NPS	Remb. prestation	Nbre retenu à grief	Indu

423076 W 0,484	8	17,36 €					
423275 W 0,73	4	13,08 €					
425014 W 0,879	374	1.376,32 €	425014 W 0,879	3,68 €	310	1.140,80 €	
425110 W 1,167	374	1.952,28 €	425110 W 1,167	5,22 €	312	1.628,64 €	
425412 W 1,206	159	818,85 €	425412 W 1,206	5,15 €	130	669,50 €	
425515 W 1,754	159	1.248,15 €	425515 W 1,754	7,85 €	131	1.028,35 €	
Total général	1078	5.426,04 €		Total général	883	4.467,29 €	

1.3.2. Madame C. O.A. 506

Pendant la période du 01/11/2014 au 25/04/2016 (dates des prestations), Mme A. a attesté les prestations reprises en pages 77 à 89 du PVC

Période d'introduction de ces prestations : du 10/12/2014 au 03/05/2016.

Sur base des éléments du dossier, le Service estime qu'aucune prestation n'a été effectuée pour la période du 01/11/2014 au 31/12/2014, les lundis, mercredis, vendredis, samedis et dimanches. Les prestations des mardis et jeudis de cette période ne sont pas retenues à grief.

Pour la période du 01/01/2015 au 25/04/2016, le Service estime qu'aucune prestation n'a été effectuée. En conséquence, toutes les prestations sont indues.

Les prestations litigieuses sont détaillées en pages 77 à 90 du PVC

Assurée Madame C.						
Année 2014						
Prestations introduites à l'OA 506			Prestations retenues à grief (non effectué)			
Date réception des prestations du 10-12-2014 au 08-01-2015			Date réception des prestations du 10-12-2014 au 08-01-2015			
Date de prestation du 01-11-2014 au 31-12-2014			Date de prestation du 01-11-2014 au 31-12-2014			
Codes NPS	Nbre introduit OA	Montant remb par OA	Codes NPS	Remb. prestation	Nbre retenu à grief	Indu
425014 W 0,879	41	150,88 €	425014 W 0,879	3,68 €	25	92,00 €
425110 W 1,167	41	214,02 €	425110 W 1,167	5,22 €	25	130,50 €
425412 W 1,206	19	97,85 €	425412 W 1,206	5,15 €	19	97,85 €
425515 W 1,754	19	149,15 €	425515 W 1,754	7,85 €	19	149,15 €
Total 2014	120	611,90 €		Total 2014	88	469,50 €

Assurée Madame C.						
Année 2015						
Prestations introduites à l'OA 506			Prestations retenues à grief (non effectué)			
Date réception des prestations du 10-02-2015 au 03-01-2016			Date réception des prestations du 10-02-2015 au 03-01-2016			
Date de prestation du 02-01-2015 au 31-12-2015			Date de prestation du 02-01-2015 au 31-12-2015			
Codes NPS	Nbre introduit OA	Montant remb par OA	Codes NPS	Remb. prestation	Nbre retenu à grief	Indu
425014 W 0,879	253	931,04 €	425014 W 0,879	3,68 €	253	931,04 €
425110 W 1,167	253	1.320,66 €	425110 W 1,167	5,22 €	253	1.320,66 €
425412 W 1,206	108	556,20 €	425412 W 1,206	5,15 €	108	556,20 €
425515 W 1,754	108	847,80 €	425515 W 1,754	7,85 €	108	847,80 €
Total 2015	722	3.655,70 €		Total 2015	722	3.655,70 €

Assurée Madame C.						
Année 2016						
Prestations introduites à l'OA 506			Prestations retenues à grief (non effectué)			
Date réception des prestations du 02-02-2016 au 03-05-2016			Date réception des prestations du 02-02-2016 au 03-05-2016			
Date de prestation du 01-01-2016 au 25-04-2016			Date de prestation du 01-01-2016 au 25-04-2016			
Codes NPS	Nbre introduit OA	Montant remb par OA	Codes NPS	Remb. prestation	Nbre retenu à grief	Indu
425014 W 0,879	80	294,40 €	425014 W 0,879	3,68 €	80	294,40 €
425110 W 1,167	80	417,60 €	425110 W 1,167	5,22 €	80	417,60 €
425412 W 1,206	32	164,80 €	425412 W 1,206	5,15 €	32	164,80 €
425515 W 1,754	32	251,20 €	425515 W 1,754	7,85 €	32	251,20 €
Total 2016	224	1.128,00 €		Total 2016	224	1.128,00 €

Assurée Madame C.						
Tableau récapitulatif						
Prestations introduites à l'OA 506			Prestations retenues à grief (non effectué)			
Date réception des prestations du 10-12-2014 au 03-05-2016			Date réception des prestations du 10-12-2014 au 03-05-2016			
Date de prestation du 01-11-2014 au 25-04-2016			Date de prestation du 01-11-2014 au 25-04-2016			
Codes NPS	Nbre introduit OA	Montant remb par OA	Codes NPS	Remb. prestation	Nbre retenu à grief	Indu
425014 W 0,879	374	1.376,32 €	425014 W 0,879	3,68 €	358	1.317,44 €
425110 W 1,167	374	1.952,28 €	425110 W 1,167	5,22 €	358	1.868,76 €
425412 W 1,206	159	818,85 €	425412 W 1,206	5,15 €	159	818,85 €
425515 W 1,754	159	1.248,15 €	425515 W 1,754	7,85 €	159	1.248,15 €
Total général	1066	5.395,60 €		Total général	1034	5.253,20 €

1.3.3. Monsieur D. O.A. 509

Pendant la période du 01/11/2014 au 15/12/2015 (dates des prestations), Mme A. a attesté les prestations reprises en pages 91 à 96 du PVC

Période d'introduction de ces prestations : du 10/12/2014 au 03/01/2016.

Compte tenu des déclarations de Monsieur D. et en l'absence de dossier infirmier, le Service estime qu'aucun honoraire, dit forfait A, ni soin d'hygiène (toilette) n'a été effectué à cet assuré par Mme A. qui par ailleurs s'en explique lors de son audition du 29/08/2016.

Les soins d'hygiène (forfaits A et toilettes) ont été réalisés par une autre infirmière, Mme E., épouse de Monsieur D., bien que ces prestations soient portées en compte au nom de Mme A..

Techniquement il s'agit de prestations non effectuées par Mme A.

Il n'appartient pas au Service de rectifier une facturation qui aurait dû être correcte d'emblée (Décision CPI du 28/02/2014, n° de rôle FA-006-12).

Par conséquent, les honoraires forfaitaires, dits forfaits A et les prestations de soins d'hygiène (toilettes) introduits au remboursement auprès de l'OA 509 par Mme A. pour la période du 01/11/2014 au 15/12/2015 sont des prestations non effectuées.

Sur base des éléments ci-dessus, le Service estime qu'aucune prestation n'a été effectuée. En conséquence, toutes les prestations sont indues.

Les prestations litigieuses sont détaillées en pages 91 à 97 du PVC

Assuré Monsieur D.						
Année 2014						
Prestations introduites à l'OA 509			Prestations retenues à grief (non effectué)			
Date réception des prestations du 10-12-2014 au 08-01-2015			Date réception des prestations du 10-12-2014 au 08-01-2014			
Date de prestation du 01-11-2014 au 31-12-2014			Date de prestation du 01-11-2014 au 31-12-2014			
Codes NPS	Nbre introduit OA	Montant remb par OA	Codes NPS	Remb. prestation	Nbre retenu à grief	Indu
425272 W 3,825	41	691,26 €	425272 W 3,825	16,86 €	41	691,26 €
425670 W 5,71	20	506,00 €	425670 W 5,71	25,30 €	20	506,00 €
Total 2014	61	1.197,26 €		Total 2014	61	1.197,26 €

Assuré Monsieur D.						
Année 2015						
Prestations introduites à l'OA 509			Prestations retenues à grief (non effectué)			
Date réception des prestations du 10-02-2015 au 03-01-2016			Date réception des prestations du 10-02-2015 au 03-01-2016			
Date de prestation du 01-01-2015 au 15-12-2015			Date de prestation du 01-01-2015 au 15-12-2015			
Codes NPS	Nbre introduit OA	Montant remb par OA	Codes NPS	Remb. prestation	Nbre retenu à grief	Indu
425014 W 0,879	22	80,96 €	425014 W 0,879	3,68 €	22	80,96 €
425110 W 1,167	22	114,84 €	425110 W 1,167	5,22 €	22	114,84 €
425272 W 3,825	220	3.709,20 €	425272 W 3,825	16,86 €	220	3.709,20 €
425412 W 1,206	8	41,20 €	425412 W 1,206	5,15 €	8	41,20 €
425515 W 1,754	8	62,80 €	425515 W 1,754	7,85 €	8	62,80 €
425670 W 5,71	99	2.504,70 €	425670 W 5,71	25,30 €	99	2.504,70 €
Total 2015	379	6.513,70 €		Total 2015	379	6.513,70 €

Assuré Monsieur D.						
Tableau récapitulatif						
Prestations introduites à l'OA 509			Prestations retenues à grief (non effectué)			
Date réception des prestations du 10-12-2014 au 03-01-2016			Date réception des prestations du 10-12-2014 au 03-01-2016			
Date de prestation du 01-11-2014 au 15-12-2015			Date de prestation du 01-11-2014 au 15-12-2015			
Codes NPS	Nbre introduit OA	Montant remb par OA	Codes NPS	Remb. prestation	Nbre retenu à grief	Indu
425014 W 0,879	22	80,96 €	425014 W 0,879	3,68 €	22	80,96 €
425110 W 1,167	22	114,84 €	425110 W 1,167	5,22 €	22	114,84 €
425272 W 3,825	261	4.400,46 €	425272 W 3,825	16,86 €	261	4.400,46 €
425412 W 1,206	8	41,20 €	425412 W 1,206	5,15 €	8	41,20 €
425515 W 1,754	8	62,80 €	425515 W 1,754	7,85 €	8	62,80 €
425670 W 5,71	119	3.010,70 €	425670 W 5,71	25,30 €	119	3.010,70 €
Total général	440	7.710,96 €		Total général	440	7.710,96 €

1.3.4. Madame F. O.A. 216

Pendant la période du 01/11/2014 au 09/04/2016 (dates des prestations), Mme A. a attesté les prestations reprises en pages 97 à 110 du PVC

Période d'introduction de ces prestations : du 08/12/2014 au 03/05/2016.

Compte tenu des déclarations de Madame F. et en l'absence de dossier infirmier, le Service estime qu'aucune toilette (soin d'hygiène) n'a été effectuée à cet assurée, qui est par ailleurs totalement autonome pour ses soins d'hygiène quotidiens.

Le 26/09/2016, ré-auditionnée à sa demande, Madame F. modifiait sa déposition.

Malgré cette seconde audition, le Service maintient « la non réalisation » de soins d'hygiène (toilettes) concernant les prestations de Mme A. dans la mesure où elle déclare elle-même avoir subi des pressions pour modifier son témoignage initial.

Par conséquent, les prestations de toilettes introduites au remboursement auprès de l'OA 317 par Mme A. pour la période du 08/12/2014 au 03/05/2016 sont des prestations non effectuées.

De toute manière, subsidiairement, son degré de totale autonomie n'autorisait pas le remboursement de soins d'hygiène à son nom (Art 8 § 6 ,3^{et} 4^o).

Sur base des éléments ci-dessus ; le service estime qu'aucune prestation n'a été effectuée. En conséquence, toutes les prestations sont indues.

Les prestations litigieuses sont détaillées en pages 97 à 111 du PVC ... (cf. pièces 000114 à 000128).

Assurée Madame F.						
Année 2014						
Prestations introduites à l'OA 216			Prestations retenues à grief (non effectué)			
Date réception des prestations du 08-12-2014 au 09-01-2015			Date réception des prestations du 08-12-2014 au 09-01-2015			
Date de prestation du 01-11-2014 au 31-12-2014			Date de prestation du 01-11-2014 au 31-12-2014			
Codes NPS	Nbre introduit OA	Montant remb par OA	Codes NPS	Remb. prestation	Nbre retenu à grief	Indu
425014 W 0,879	41	120,95 €	425014 W 0,879	2,95 €	41	120,95 €
425110 W 1,167	41	160,72 €	425110 W 1,167	3,92 €	41	160,72 €
425412 W 1,206	19	76,95 €	425412 W 1,206	4,05 €	19	76,95 €
425515 W 1,754	19	111,91 €	425515 W 1,754	5,89 €	19	111,91 €
Total 2014	120	470,53 €		Total 2014	120	470,53 €

Assurée Madame F.						
Année 2015						
Prestations introduites à l'OA 216			Prestations retenues à grief (non effectué)			
Date réception des prestations du 09-02-2015 au 03-01-2016			Date réception des prestations du 09-02-2015 au 03-01-2016			
Date de prestation du 01-01-2015 au 31-12-2015			Date de prestation du 01-01-2015 au 31-12-2015			
Codes NPS	Nbre introduit OA	Montant remb par OA	Codes NPS	Remb. prestation	Nbre retenu à grief	Indu
425014 W 0,879	253	746,35 €	425014 W 0,879	2,95 €	253	746,35 €
425110 W 1,167	253	991,76 €	425110 W 1,167	3,92 €	253	991,76 €
425412 W 1,206	111	449,55 €	425412 W 1,206	4,05 €	111	449,55 €
425515 W 1,754	111	653,79 €	425515 W 1,754	5,89 €	111	653,79 €
Total 2015	728	2.841,45 €		Total 2015	728	2.841,45 €

Assurée Madame F.						
Année 2016						
Prestations introduites à l'OA 216			Prestations retenues à grief (non effectué)			
Date réception des prestations du 02-02-2016 au 03-05-2016			Date réception des prestations du 02-02-2016 au 03-05-2016			
Date de prestation du 01-01-2016 au 09-04-2016			Date de prestation du 01-01-2016 au 09-04-2016			
Codes NPS	Nbre introduit OA	Montant remb par OA	Codes NPS	Remb. prestation	Nbre retenu à grief	Indu
425014 W 0,879	69	203,55 €	425014 W 0,879	2,95 €	69	203,55 €
425110 W 1,167	69	270,48 €	425110 W 1,167	3,92 €	69	270,48 €
425412 W 1,206	27	109,35 €	425412 W 1,206	4,05 €	27	109,35 €
425515 W 1,754	27	159,03 €	425515 W 1,754	5,89 €	27	159,03 €
Total 2016	192	742,41 €		Total 2016	192	742,41 €

Assurée Madame F.						
Tableau récapitulatif						
Prestations introduites à l'OA 216				Prestations retenues à grief (non effectué)		
Date réception des prestations du 08-12-2014 au 03-05-2016				Date réception des prestations du 08-12-2014 au 03-05-2016		
Date de prestation du 01-11-2014 au 09-04-2016				Date de prestation du 01-11-2014 au 09-04-2016		
Codes NPS	Nbre introduit OA	Montant remb par OA	Codes NPS	Remb. prestation	Nbre retenu à grief	Indu
425014 W 0,879	363	1.070,85 €	425014 W 0,879	2,95 €	363	1.070,85 €
425110 W 1,167	363	1.422,96 €	425110 W 1,167	3,92 €	363	1.422,96 €
425412 W 1,206	157	635,85 €	425412 W 1,206	4,05 €	157	635,85 €
425515 W 1,754	157	924,73 €	425515 W 1,754	5,89 €	157	924,73 €
Total général	1040	4.054,39 €	Total général	1040	4.054,39 €	

1.3.5. Madame G. O.A 317

Pendant la période du 15/01/2015 au 30/04/2016 (dates des prestations), Mme A. a attesté les prestations reprises en pages 111 à 139 PVC

Période d'introduction de ces prestations : du 28/02/2015 au 31/05/2016.

Compte tenu des déclarations de Madame G. et en l'absence de dossier infirmier, le Service estime que la seconde injection d'insuline (sous-cutanée) n'a pas été effectuée du 15/01/2015 au 30/04/2016.

Concernant les soins dispensés par Mme A., l'assurée a reçu un unique soin d'hygiène quotidien (toilettes).

Par conséquent, les prestations techniques (administration de médicaments par voie sous-cutanée et la seconde prestation de base) introduites au remboursement auprès de l'OA 317 par Mme A. pour la période du 15/01/2015 au 30/04/2016 sont des prestations non effectuées.

Sur base des éléments ci-dessus, le Service estime les prestations d'un second passage n'ont pas été effectuées .Toutes les prestations de ce second passage sont indues.

Les prestations litigieuses sont détaillées en pages 111 à 140 du PVC

Assurée Madame G.						
Année 2015						
Prestations introduites à l'OA 317				Prestations retenues à grief (non effectué)		
Date réception des prestations du 28-02-2015 au 31-01-2016				Date réception des prestations du 28-02-2015 au 31-01-2016		
Date de prestation du 15-01-2015 au 31-12-2015				Date de prestation du 15-01-2015 au 31-12-2015		
Codes NPS	Nbre introduit OA	Montant remb par OA	Codes NPS	Remb. prestation	Nbre retenu à grief	Indu
423076 W 0,484	14	18,34 €	423076 W 0,484	1,31 €	14	18,34 €
423076 W 0,484	230	319,70 €	423076 W 0,484	1,39 €	230	319,70 €
423076 W 0,484	230	374,90 €	423076 W 0,484	1,63 €	230	374,90 €
423091 W 0,508	14	23,94 €				
423275 W 0,73	204	501,84 €	423275 W 0,73	2,46 €	204	501,84 €
423290 W 0,766	10	25,80 €				
425014 W 0,879	244	719,80 €				
425036 W 0,879	244	719,80 €	425036 W 0,879	2,95 €	244	719,80 €
425110 W 1,167	244	956,48 €				
425412 W 1,206	107	433,35 €				
425434 W 1,206	107	433,35 €	425434 W 1,206	4,05 €	107	433,35 €
425515 W 1,754	107	630,23 €				
Total 2015	1755	5.157,53 €	Total 2015	1029	2.367,93 €	
Assurée Madame G.						
Année 2016						
Prestations introduites à l'OA 317				Prestations retenues à grief (non effectué)		
Date réception des prestations du 29-02-2016 au 31-05-2016				Date réception des prestations du 29-02-2016 au 31-05-2016		
Date de prestation du 01-01-2016 au 30-04-2016				Date de prestation du 01-01-2016 au 25-04-2016		
Codes NPS	Nbre introduit OA	Montant remb par OA	Codes NPS	Remb. prestation	Nbre retenu à grief	Indu
423076 W 0,484	10	13,10 €	423076 W 0,484	1,31 €	10	13,10 €
423076 W 0,484	70	97,30 €	423076 W 0,484	1,39 €	70	97,30 €
423076 W 0,484	70	114,10 €	423076 W 0,484	1,63 €	70	114,10 €
423091 W 0,508	10	17,10 €				
423275 W 0,73	62	152,52 €	423275 W 0,73	2,46 €	62	152,52 €
423290 W 0,766	2	5,16 €				
425014 W 0,879	84	247,80 €				
425036 W 0,879	80	236,00 €	425036 W 0,879	2,95 €	80	236,00 €

425110 W 1,167	84	329,28 €				
425412 W 1,206	33	133,65 €				
425434 W 1,206	32	129,60 €	425434 W 1,206	4,05 €	32	129,60 €
425515 W 1,754	33	194,37 €				
Total 2016	570	1.669,98 €		Total 2016	324	742,62 €

Assurée Madame G.						
Tableau récapitulatif						
Prestations introduites à l'OA 317			Prestations retenues à grief (non effectué)			
Date réception des prestations du 28-02-2015 au 31-05-2016			Date réception des prestations du 28-02-2015 au 31-05-2016			
Date de prestation du 15-01-2015 au 30-04-2016			Date de prestation du 15-01-2015 au 25-04-2016			
Codes NPS	Nbre introduit OA	Montant remb par OA	Codes NPS	Remb. prestation	Nbre retenu à grief	Indu
423076 W 0,484	624	937,44 €	423076 W 0,484		624	937,44 €
423091 W 0,508	24	41,04 €				
423275 W 0,73	266	654,36 €	423275 W 0,73	2,46 €	266	654,36 €
423290 W 0,766	12	30,96 €				
425014 W 0,879	328	967,60 €				
425036 W 0,879	324	955,80 €	425036 W 0,879	2,95 €	324	955,80 €
425110 W 1,167	328	1.285,76 €				
425412 W 1,206	140	567,00 €				
425434 W 1,206	139	562,95 €	425434 W 1,206	4,05 €	139	562,95 €
425515 W 1,754	140	824,60 €				
Total général	2325	6.827,51 €		Total général	1353	3.110,55 €

1.3.6. Madame H. O.A. 100

Pendant la période du 01/01/2015 au 25/04/2016 (dates des prestations), Mme A. a attesté les prestations reprises en pages 140 à 154 (PVC ... (cf. pièces 000157 à 000171).

Période d'introduction de ces prestations : du 01/02/2015 au 03/05/2016.

Compte tenu de la déclaration de MADAME H. et en l'absence de dossier infirmier, le Service estime qu'aucun soin infirmier, ni soin d'hygiène (toilette) n'a été dispensé à l'assurée Madame H. et que par conséquent, tous les honoraires de toilettes, introduits au remboursement auprès de l'OA 100 par Mme A. pour la période du 01/01/2015 au 25/04/2016, sont des prestations non effectuées.

Sur base des éléments ci-dessus, le Service estime qu'aucune prestation n'a été effectuée. En conséquence, toutes les prestations sont indues.

Les prestations litigieuses sont détaillées en pages 140 à 155 du PVC

Assurée Madame H..						
Année 2015						
Prestations introduites à l'OA 100			Prestations retenues à grief (non effectué)			
Date réception des prestations du 01-02-2015 au 02-01-2016			Date réception des prestations du 01-02-2015 au 02-01-2016			
Date de prestation du 01-01-2015 au 31-12-2015			Date de prestation du 01-01-2015 au 31-12-2015			
Codes NPS	Nbre introduit OA	Montant remb par OA	Codes NPS	Remb. prestation	Nbre retenu à grief	Indu
425014 W 0,879	253	931,04 €	425014 W 0,879	3,68 €	253	931,04 €
425110 W 1,167	253	1.320,66 €	425110 W 1,167	5,22 €	253	1.320,66 €
425412 W 1,206	111	571,65 €	425412 W 1,206	5,15 €	111	571,65 €
425515 W 1,754	111	871,35 €	425515 W 1,754	7,85 €	111	871,35 €
Total 2015	728	3.694,70 €		Total 2015	728	3.694,70 €

Assurée Madame H..						
Année 2016						
Prestations introduites à l'OA 100			Prestations retenues à grief (non effectué)			
Date réception des prestations du 02-02-2016 au 03-05-2016			Date réception des prestations du 02-02-2016 au 03-05-2016			
Date de prestation du 01-01-2016 au 25-04-2016			Date de prestation du 01-01-2016 au 25-04-2016			
Codes NPS	Nbre introduit OA	Montant remb par OA	Codes NPS	Remb. prestation	Nbre retenu à grief	Indu
425014 W 0,879	80	294,40 €	425014 W 0,879	3,68 €	80	294,40 €
425110 W 1,167	80	417,60 €	425110 W 1,167	5,22 €	80	417,60 €
425412 W 1,206	32	164,80 €	425412 W 1,206	5,15 €	32	164,80 €
425515 W 1,754	32	251,20 €	425515 W 1,754	7,85 €	32	251,20 €
Total 2016	224	1.128,00 €		Total 2016	224	1.128,00 €

Assurée Madame H..						
Tableau récapitulatif						
Prestations introduites à l'OA 100			Prestations retenues à grief (non effectué)			
Date réception des prestations du 01-12-2014 au 03-05-2016			Date réception des prestations du 01-02-2015 au 03-05-2016			
Date de prestation du 01-11-2014 au 25-04-2016			Date de prestation du 01-01-2015 au 25-04-2016			
Codes NPS	Nbre	Montant	Codes NPS	Remb.	Nbre	Indu

	introduit OA	remb par OA		prestation	retenu à grief	
425014 W 0,879	333	1.225,44 €	425014 W 0,879	3,68 €	333	1.225,44 €
425110 W 1,167	333	1.738,26 €	425110 W 1,167	5,22 €	333	1.738,26 €
425272 W 3,825	41	691,26 €				
425412 W 1,206	143	736,45 €	425412 W 1,206	5,15 €	143	736,45 €
425515 W 1,754	143	1.122,55 €	425515 W 1,754	7,85 €	143	1.122,55 €
425670 W 5,71	19	480,70 €				
Total général	1012	5.994,66 €		Total général	952	4.822,70 €

Tableaux récapitulatifs des prestations retenues au grief n°1

Tableau récapitulatif des prestations retenues à grief : 1 ^{er} grief non effectué												
Ventilation par année												
Période de réception des prestations du 01-12-2014 au 31-05-2016												
Période des prestations du 01-11-2014 au 30-04-2016												
Type grief	Genre grief	Nom et prénom assuré	Nom prestataire	Année	Prestation grief	Remb.	Nbre	Indu				
1er grief	Non effectué	Mme B.	Mme A.	2015	425014 W 0,879	3,68 €	230	846,40 €				
					425110 W 1,167	5,22 €	232	1.211,04 €				
					425412 W 1,206	5,15 €	98	504,70 €				
					425515 W 1,754	7,85 €	99	777,15 €				
				Total 2015						659	3.339,29 €	
				2016	425014 W 0,879	3,68 €	80	294,40 €				
					425110 W 1,167	5,22 €	80	417,60 €				
					425412 W 1,206	5,15 €	32	164,80 €				
					425515 W 1,754	7,85 €	32	251,20 €				
				Total 2016						224	1.128,00 €	
				Total Mme B.						883	4.467,29 €	
				MADAME C.		Mme A.	2014	425014 W 0,879	3,68 €	25	92,00 €	
		425110 W 1,167	5,22 €					25	130,50 €			
		425412 W 1,206	5,15 €					19	97,85 €			
		425515 W 1,754	7,85 €					19	149,15 €			
		Total 2014						88	469,50 €			
		2015	425014 W 0,879				3,68 €	253	931,04 €			
			425110 W 1,167				5,22 €	253	1.320,66 €			
			425412 W 1,206				5,15 €	108	556,20 €			
			425515 W 1,754				7,85 €	108	847,80 €			
		Total 2015						722	3.655,70 €			
		2016	425014 W 0,879				3,68 €	80	294,40 €			
			425110 W 1,167				5,22 €	80	417,60 €			
			425412 W 1,206	5,15 €	32	164,80 €						
425515 W 1,754	7,85 €		32	251,20 €								
Total 2016						224	1.128,00 €					
Total MADAME C.						1034	5.253,20 €					
MONSIEUR D.			Mme A.	2014	425272 W 3,825	16,86 €	41	691,26 €				
					425670 W 5,71	25,30 €	20	506,00 €				
				Total 2014						61	1.197,26 €	
				2015	425014 W 0,879	3,68 €	22	80,96 €				
425110 W 1,167	5,22 €	22	114,84 €									
						425272 W 3,825	16,86 €	220	3.709,20 €			

					425412 W 1,206	5,15 €	8	41,20 €
					425515 W 1,754	7,85 €	8	62,80 €
					425670 W 5,71	25,30 €	99	2.504,70 €
					Total 2015		379	6.513,70 €
					Total MONSIEUR D.		440	7.710,96 €
		MADAME F.	Mme A.	2014	425014 W 0,879	2,95 €	41	120,95 €
					425110 W 1,167	3,92 €	41	160,72 €
					425412 W 1,206	4,05 €	19	76,95 €
					425515 W 1,754	5,89 €	19	111,91 €
					Total 2014		120	470,53 €
				2015	425014 W 0,879	2,95 €	253	746,35 €
					425110 W 1,167	3,92 €	253	991,76 €
					425412 W 1,206	4,05 €	111	449,55 €
					425515 W 1,754	5,89 €	111	653,79 €
					Total 2015		728	2.841,45 €
				2016	425014 W 0,879	2,95 €	69	203,55 €
					425110 W 1,167	3,92 €	69	270,48 €
					425412 W 1,206	4,05 €	27	109,35 €
					425515 W 1,754	5,89 €	27	159,03 €
					Total 2016		192	742,41 €
					Total MADAME F.		1040	4.054,39 €
		MADAME G.	Mme A.	2015	423076 W 0,484	1,31 €	14	18,34 €
					423076 W 0,484	1,39 €	230	319,70 €
					423076 W 0,484	1,63 €	230	374,90 €
					423275 W 0,73	2,46 €	204	501,84 €
					425036 W 0,879	2,95 €	244	719,80 €
					425434 W 1,206	4,05 €	107	433,35 €
					Total 2015		1029	2.367,93 €
				2016	423076 W 0,484	1,31 €	10	13,10 €
					423076 W 0,484	1,39 €	70	97,30 €
					423076 W 0,484	1,63 €	70	114,10 €
					423275 W 0,73	2,46 €	62	152,52 €
					425036 W 0,879	2,95 €	80	236,00 €
					425434 W 1,206	4,05 €	32	129,60 €
					Total 2016		324	742,62 €
					Total MADAME G.		1353	3.110,55 €
		MADAME H.	Mme A.	2015	425014 W 0,879	3,68 €	253	931,04 €
					425110 W 1,167	5,22 €	253	1.320,66 €
					425412 W 1,206	5,15 €	111	571,65 €
					425515 W 1,754	7,85 €	111	871,35 €
					Total 2015		728	3.694,70 €
				2016	425014 W 0,879	3,68 €	80	294,40 €
					425110 W 1,167	5,22 €	80	417,60 €
					425412 W 1,206	5,15 €	32	164,80 €
					425515 W 1,754	7,85 €	32	251,20 €

				Total 2016	224	1.128,00 €
				Total MADAME H.	952	4.822,70 €
				Total général 1er grief	5702	29.419,09 €

2. Grief 2 : Surévaluation des scores des échelles d'évaluation de dépendance.

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

Infraction visée à l'article 73bis 2° de la Loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

Ces faits relèvent des dispositions de l'article 142, § 1er, 2° de la Loi coordonnée le 14 juillet 1994.

En l'espèce, il s'agit de **1 cas d'assuré** au nom duquel des prestations reprises à l'article 8, § 1^{er} de la nomenclature ont été portées en compte à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, à savoir **des soins d'hygiène (toilettes)**, datés du 01/12/2014 au 25/04/2016 à raison d'une par jour, alors que le degré de dépendance du bénéficiaire ne permettait le remboursement que de 2 soins par semaine (T2).

Ces prestations non conformes ont été introduites auprès des OA sur la période du 28/02/2015 au 31/05/2016.

2.1. Bases règlementaires

2.1.1. Annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités - Art 8.

2.1.2. Les « Directives pour l'utilisation de l'échelle d'évaluation »

Le Service des soins de santé de l'INAMI a élaboré des directives pour l'utilisation de l'échelle d'évaluation de la dépendance physique.

Ces directives ont été adressées par ledit Service à l'ensemble des praticiens de l'art infirmier du Royaume par lettre circulaire n° 2011/01.

Elles peuvent également être consultées sur le site www.inami.fgov.be

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE

Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963

AVENUE DE TERVUREN 211 - 1150 BRUXELLES

Service des soins de santé

Directives pour l'utilisation de l'échelle d'évaluation

D'APPLICATION A PARTIR DU 1^{er} AVRIL 2011

Les modifications par rapport à la version précédente sont indiquées en caractères italiques et soulignées.

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

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

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

Se laver

1. Est capable de se laver complètement sans aucune aide

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

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

Il existe deux possibilités:

a) Le patient a besoin d'une aide active pour se laver au-dessus ou en dessous de la ceinture, ou

b) Le patient est capable de se laver au-dessus ou en dessous de la ceinture, moyennant une stimulation et sans la nécessité d'une surveillance et/ou d'une présence continue(s).

La situation où seul le dos ou seuls les pieds sont lavés répond au score '2'.

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

Il existe deux possibilités:

a) Chaque fois que le patient se lave, au-dessus et en dessous de la ceinture, il a besoin d'aide pour se laver au-dessus ou en dessous de la ceinture, ou

b) Le patient est encore capable de se laver partiellement tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture, moyennant une stimulation individuelle continue (par exemple vocale) et une surveillance active continue.

La situation où seuls le dos et les pieds sont lavés répond au score '3'.

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

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

S'habiller

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

Le patient est capable de s'habiller et de se déshabiller complètement de sa propre initiative, sans aucune aide et sans aucune forme de surveillance ou de stimulation. Il s'agit de patients qui savent ce qu'ils doivent porter et qui changent à temps de vêtements.

Le patient qui éprouve uniquement des difficultés pour nouer ses lacets appartient à cette catégorie.

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

Il existe deux possibilités:

a) Le patient a besoin d'une aide partielle active pour s'habiller et/ou se déshabiller au-dessus ou en dessous de la ceinture (par exemple pour enfiler un corset, des bas à varices), ou

b) Le patient est capable de s'habiller et/ou de se déshabiller au-dessus ou en dessous de la ceinture moyennant une stimulation (par exemple la préparation de ses vêtements) et sans la nécessité d'une surveillance continue et/ou d'une présence continue.

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

Il existe trois possibilités:

a) Le patient a chaque fois besoin d'une aide active partielle pour s'habiller et/ou se déshabiller tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture, ou

b) Le patient est encore capable de s'habiller et/ou de se déshabiller partiellement tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture, moyennant une stimulation individuelle continue (par exemple vocale) et une surveillance active continue, ou

c) Le patient a besoin d'aide pour mettre l(es) orthèse(s) et/ou la (les) prothèse(s) indispensable(s) à son autonomie locomotrice (membres supérieurs et/ou membres inférieurs).

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

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

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

Transfert et déplacements

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

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

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

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

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

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

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

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

Il existe deux possibilités:

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

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

Le patient qui bénéficie d'une voiturette électronique et qui y séjourne la plus grande partie de la journée, tant pour les déplacements intérieurs qu'extérieurs, obtient un score 4. Il s'agit d'un patient qui présente des difficultés complètes, démontrées et définitives de déplacement. Il ne peut se tenir debout ou marcher. Un transfert autonome de la voiturette vers une chaise, le fauteuil ou le lit ou inversement est impossible sans l'aide d'une tierce personne.

Aller à la toilette

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Continence

La modification pour le score « 2 » est d'application à partir du 1er janvier 2007 (la date d'entrée en vigueur de la modification de la nomenclature des soins infirmiers à domicile qui y est associée)

1. Est continent pour les urines et les selles

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

Il existe trois possibilités:

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

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

Il existe deux possibilités:

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

4. Est incontinent pour les urines et les selles

Il existe deux possibilités :

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

Manger

1. Est capable de manger et de boire seul

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

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

Il existe deux possibilités:

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

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

Il existe deux possibilités:

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

4. Le patient est totalement dépendant pour manger et boire

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

2.2. Prestations en cause

Chapitre III :

"SECTION 4. - Soins donnés par infirmières graduées ou assimilées, accoucheuses, infirmières brevetées, hospitalières/assistantes en soins hospitaliers ou assimilées."

"Art. 8. § 1^{er}. Les prestations suivantes sont considérées comme des prestations qui requièrent la qualification d'infirmière graduée ou assimilée, d'accoucheuse, d'infirmière brevetée, d'hospitalière/assistante en soins hospitaliers ou assimilée, appelées ci-après praticiens de l'art infirmier (W). Toutefois, les prestations techniques spécifiques de soins infirmiers, visées sous rubrique III du § 1^{er}, 1°, 2° et 3° et les honoraires forfaitaires et supplémentaires pour patients palliatifs visés sous les rubriques IV et V du § 1^{er}, 1° et 2° requièrent la qualification d'infirmière graduée ou assimilée, d'accoucheuse ou d'infirmière brevetée."

"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

"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

2.3. Assuré concerné par le grief : MONSIEUR I. O.A. 409

Pendant la période du 01/12/2014 au 25/04/2016 (dates des prestations), Mme A. a attesté les prestations reprises en pages 159 à 176 du PVC ... (cf. pièces 000176 à 000193).

Période d'introduction de ces prestations : du 28/02/2015 au 31/05/2016.

Score attribué par le SECM le 02/09/2016 pour l'assuré Monsieur I.

Se laver : score de 2

S'habiller : score de 2

L'échelle de Katz établie par le SECM reflète le degré de dépendance de Monsieur I. pendant la période du 01/12/2014 au 25/04/2016.

Sur base de l'Echelle d'évaluation de dépendance établie par nos services, l'assuré I. ne justifiait pas d'une T7 (toilette 7 jours semaine) comme attesté par Madame A. durant la période suscitée, mais bien une T2 en raison de la déclaration de l'intéressé du 02/09/2016 signalant 2 bains par semaine (2 toilettes semaine hors week-end).

De plus, l'intéressé résidait en ... (en référence du registre national) du 23/07/2015 au 02/09/2016 (date du PVA).

Il se rend chaque jour en voiture distant de 40 Km de sa résidence, au domicile de Mme J. situé ..., pour y recevoir des soins d'hygiène (toilette) de juillet 2015 au 02 septembre 2016 (date de l'audition) et pour s'occuper de ses pigeons et de sa famille.(cf. extrait du PVA du 02/09/2016).

L'indu a été calculé en tenant compte de deux toilettes par semaine les jours ouvrables (T2), compte tenu des scores correspondant à l'état réel de dépendance de l'assuré. De façon arbitraire, la réalisation de ces toilettes a été fixée au mardi et au jeudi, ou au mercredi si le jeudi est un jour férié.

Les prestations litigieuses sont détaillées en pages 159 à 177 du PVC ... (cf. pièces 000176 à 000194).

Assuré Monsieur I.						
Année 2014						
Prestations introduites à l'OA 409			Prestations retenues à grief (non conforme)			
Date réception des prestations du 28-02-2015 au 28-02-2015			Date réception des prestations du 28-02-2015 au 28-02-2015			
Date de prestation du 01-12-2014 au 31-12-2014			Date de prestation du 01-12-2014 au 31-12-2014			
Codes NPS	Nbre introduit OA	Montant remb par OA	Codes NPS	Remb. prestation	Nbre retenu à grief	Indu
425014 W 0,879	22	64,90 €	425014 W 0,879	2,95 €	14	41,30 €
425110 W 1,167	22	86,24 €	425110 W 1,167	3,92 €	14	54,88 €
425412 W 1,206	8	32,40 €	425412 W 1,206	4,05 €	8	32,40 €
425515 W 1,754	8	47,12 €	425515 W 1,754	5,89 €	8	47,12 €
Total 2014	60	230,66 €		Total 2014	44	175,70 €

Assuré Monsieur I.						
Année 2015						
Prestations introduites à l'OA 409			Prestations retenues à grief (non conforme)			
Date réception des prestations du 28-02-2015 au 31-01-2016			Date réception des prestations du 28-02-2015 au 31-01-2016			
Date de prestation du 01-01-2015 au 31-12-2015			Date de prestation du 02-01-2015 au 30-12-2015			
Codes NPS	Nbre introduit OA	Montant remb par OA	Codes NPS	Remb. prestation	Nbre retenu à grief	Indu
423076 W 0,484	10	16,30 €				
423275 W 0,73	4	9,84 €				
424336 W 1,459	10	43,40 €				

424336 W 1,459	243	1.190,70 €					
424491 W 2,189	4	27,08 €					
424491 W 2,189	105	771,75 €					
425014 W 0,879	253	746,35 €					
425110 W 1,167	253	991,76 €	425110 W 1,167	3,92 €	150	588,00 €	
425412 W 1,206	109	441,45 €					
425515 W 1,754	108	636,12 €	425515 W 1,754	5,89 €	108	636,12 €	
Total 2015	1099	4.874,75 €		Total 2015	258	1.224,12 €	

Année 2016						
Prestations introduites à l'OA 409			Prestations retenues à grief (non conforme)			
Date réception des prestations du 29-02-2016 au 31-05-2016			Date réception des prestations du 29-02-2016 au 31-05-2016			
Date de prestation du 01-01-2016 au 25-04-2016			Date de prestation du 01-01-2016 au 25-04-2016			
Codes NPS	Nbre introduit OA	Montant remb par OA	Codes NPS	Remb. prestation	Nbre retenu à grief	Indu
425014 W 0,879	80	236,00 €	425014 W 0,879	2,95 €	48	141,60 €
425110 W 1,167	80	313,60 €	425110 W 1,167	3,92 €	48	188,16 €
425412 W 1,206	32	129,60 €	425412 W 1,206	4,05 €	32	129,60 €
425515 W 1,754	32	188,48 €	425515 W 1,754	5,89 €	32	188,48 €
Total 2016	224	867,68 €		Total 2016	160	647,84 €

Tableau récapitulatif						
Prestations introduites à l'OA 409			Prestations retenues à grief (non conforme)			
Date réception des prestations du 28-02-2015 au 31-05-2016			Date réception des prestations du 28-02-2015 au 31-05-2016			
Date de prestation du 01-12-2014 au 25-04-2016			Date de prestation du 01-12-2014 au 25-04-2016			
Codes NPS	Nbre introduit OA	Montant remb par OA	Codes NPS	Remb. prestation	Nbre retenu à grief	Indu
423076 W 0,484	10	16,30 €				
423275 W 0,73	4	9,84 €				
424336 W 1,459	10	43,40 €				
424336 W 1,459	243	1.190,70 €				
424491 W 2,189	4	27,08 €				
424491 W 2,189	105	771,75 €				
425014 W 0,879	355	1.047,25 €	425014 W 0,879	2,95 €	62	182,90 €
425110 W 1,167	355	1.391,60 €	425110 W 1,167	3,92 €	212	831,04 €
425412 W 1,206	149	603,45 €	425412 W 1,206	4,05 €	40	162,00 €
425515 W 1,754	148	871,72 €	425515 W 1,754	5,89 €	148	871,72 €
Total général	1383	5.973,09 €		Total général	462	2.047,66 €

2.4. Tableau récapitulatif des prestations retenues au grief n° 2

Tableau récapitulatif des prestations retenues à grief : 2ème grief non conforme												
Période de réception des prestations du 28-02-2015 au 31-05-2016												
Période des prestations du 01-12-2014 au 25-04-2016												
Type grief	Genre grief	Nom et prénom assuré	Nom prestataire	Année	Prestation grief	Remb.	Nbre	Indu				
2ème grief	Non conforme	MONSIEUR I.	Mme A.	2014	425014 W 0,879	2,95 €	14	41,30 €				
					425110 W 1,167	3,92 €	14	54,88 €				
					425412 W 1,206	4,05 €	8	32,40 €				
					425515 W 1,754	5,89 €	8	47,12 €				
				Total 2014							44	175,70 €
				2015	425110 W 1,167	3,92 €	150	588,00 €				
					425515 W 1,754	5,89 €	108	636,12 €				
				Total 2015							258	1.224,12 €
				2016	425014 W 0,879	2,95 €	48	141,60 €				
					425110 W 1,167	3,92 €	48	188,16 €				
					425412 W 1,206	4,05 €	32	129,60 €				
					425515 W 1,754	5,89 €	32	188,48 €				
				Total 2016							160	647,84 €
Total MONSIEUR I.							462	2.047,66 €				
Total général 2ème grief							462	2.047,66 €				

3. Grief 3 - Absence de dossiers infirmiers.

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

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

Ces faits relèvent des dispositions de l'article 142, § 1er, 2° de la Loi coordonnée le 14 juillet 1994.

En l'espèce, il s'agit de 9 cas de bénéficiaires au nom desquels des prestations de soins infirmiers à domicile ont été portées en compte alors que la condition de remboursement relative à l'existence d'un dossier infirmier, tel qu'elle est énoncée à l'article 8, § 3, 5° de la nomenclature, n'était pas satisfaite.

En l'espèce, il s'agit de **9 cas d'assurés** au nom desquels des prestations reprises à l'article 8, § 1^{er} de la nomenclature ont été portées en compte à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités; à savoir **des soins d'hygiène (toilettes) et des soins de plaies simples**, datés du 01/12/2014 au 25/04/2016.

Ces prestations non conformes ont été introduites auprès des OA sur la période du 28/02/2015 au 31/05/2016.

3.1. Bases règlementaires

3.1.1. Nomenclature des prestations de santé

Le grief se fonde sur les dispositions de l'art. 8, § 3, 5° de la nomenclature des prestations de santé qui subordonne le remboursement de toutes les prestations, sans distinction, à la tenue d'un dossier infirmier complet, ce dernier étant défini par le contenu de l'art. 8, § 4, 2° de la nomenclature des prestations de santé.

Art. 8

§ 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 § 1er, 1°, 2°, 3°, 3°bis et 4°:

1° La prestation de base, visée à la rubrique I, A du § 1er, 1°, 2°, 3°, 3°bis et 4° 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;**
- les frais de déplacement, excepté les frais supplémentaires de déplacement en région rurale, sauf pour les prestations de base visées à la rubrique I, A du § 1er, 3°, 3°bis et 4°."

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 § 1er, 1°, 2°, 3°, 3°bis et 4° 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 § 1er, 1°, 2°, 3° et 3°bis 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 des prestations spécifiques techniques de soins infirmiers, décrites à la rubrique III du § 1er, 1°, 2°, 3° et 3°bis de cet article, ou des soins de plaie(s) spécifiques, décrits au § 8, 1° de cet article ou d'autres prestations décrites au § 1er, 1°, V, VI et VII et au § 1er, 2°, V et VI, ou lorsque les soins sont dispensés dans le cadre des honoraires forfaitaires par journée de soins pour les patients palliatifs, décrits à la rubrique IV du § 1er, 1° et 2° de cet article, le contenu minimal du dossier infirmier comporte alors, en plus des éléments des deux premiers alinéas de cette disposition, également :

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

Dans les hypothèses visées à l'alinéa 6, par dérogation à l'alinéa 3 et à l'exception des prestations du § 1er, 1°, VI et VII, et du § 1er, 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.

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

"2° Les honoraires forfaitaires visés à la rubrique II du § 1er, 1°, 2°, 3° et 3°bis remboursent d'une façon forfaitaire les prestations suivantes dispensées au cours d'une même journée de soins :

a) les prestations de base visées à la rubrique I, A du § 1er, 1°, 2°, 3°, 3°bis et 4°;"

"b) les prestations techniques de soins infirmiers visées à la rubrique I, B du § 1er, 1°, 2°, 3°, 3°bis et 4° à l'exception des prestations 424395, 424690, 427991 et 424852;"

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

"b) le praticien de l'art infirmier tient un dossier qui correspond aux dispositions du § 4, 2°;"

(...)

3.1.2. Annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités - Art 8

3.2. Prestations en cause

Chapitre III :

"SECTION 4. - Soins donnés par infirmières graduées ou assimilées, accoucheuses, infirmières brevetées, hospitalières/assistantes en soins hospitaliers ou assimilées."

"**Art. 8. § 1^{er}.** Les prestations suivantes sont considérées comme des prestations qui requièrent la qualification d'infirmière graduée ou assimilée, d'accoucheuse, d'infirmière brevetée, d'hospitalière/assistante en soins hospitaliers ou assimilée, appelées ci-après praticiens de l'art infirmier (W). Toutefois, les prestations techniques spécifiques de soins infirmiers, visées sous rubrique III du § 1^{er}, 1°, 2° et 3° et les honoraires forfaitaires et supplémentaires pour patients palliatifs visés sous les rubriques IV et V du § 1^{er}, 1° et 2° requièrent la qualification d'infirmière graduée ou assimilée, d'accoucheuse ou d'infirmière brevetée."

"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

424336 Soins de plaie simple W 1,459

"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

424491 Soins de plaie simple W 2,189

3.3. Cas d'assurés concernés par ce grief

3.3.1. Mme B. O.A. 506

Durant la période du 01/11/2014 au 25/04/2016 (dates des prestations), Mme A. a attesté les prestations reprises en pages 178 à 192 du PVC ... (cf. pièces 000195 à 000209).

Période d'introduction de ces prestations : du 10/12/2014 au 03/05/2016.

Les prestations étant déjà comptabilisées dans l'indu repris au grief 1, prestations non effectuées, pour l'assurée B., le grief est énoncé à titre subsidiaire.

3.3.2. Madame C. O.A. 506

Pendant la période du 01/11/2014 au 25/04/2016 (dates des prestations), Mme A. a attesté les prestations reprises en pages 192 à 206 du PVC ... (cf. pièces 000195 à 000223).

Période d'introduction de ces prestations : du 10/12/2014 au 03/05/2016.

3.3.3. MONSIEUR I. O.A. 409

Pendant la période du 01/12/2014 au 25/04/2016 (dates des prestations), Mme A. a attesté les prestations reprises en pages 206 à 223 du PVC ... (cf. pièces 000223 à 000240).

Période d'introduction de ces prestations : du 28/02/2015 au 31/05/2016.

Les prestations 425014, 425110 et 425412, 425515 déjà comptabilisées au grief 2 - prestations non conformes (T7 en T2) - pour la période du 01/12/2014 au 25/04/2016 pour les lundis, mercredis, vendredis, samedis et dimanches pour l'assuré Monsieur I., ne sont retenues ici qu'à titre subsidiaire.

Sont donc retenues à grief pour ce 3^e grief les prestations non conformes, codes NPS 425014, 425110 facturées les mardis et jeudis durant la période du 01/12/2014 au 25/04/2016 pour l'assuré I.

3.3.4. Monsieur D. O.A. 509

Pendant la période du 01/11/2014 au 15/12/2015 (dates des prestations), Mme A. a attesté les prestations reprises en pages 225 à 230 du PVC ... (cf. pièces 000242 à 000247).

Période d'introduction de ces prestations : du 10/12/2014 au 03/01/2016.

Les prestations déjà comptabilisées dans l'indu repris au grief 1, prestations non effectuées, pour l'assuré Monsieur D., le grief est énoncé à titre subsidiaire.

3.3.5. Madame F. O.A. 216

Pendant la période du 01/11/2014 au 09/04/2016 (dates des prestations), Mme A. a attesté les prestations reprises en pages 231 à 244 du PVC ... (cf. pièces 000248 à 000261).

Période d'introduction de ces prestations : du 08/12/2014 au 03/05/2016.

Les prestations déjà comptabilisées dans l'indu repris au grief 1, prestations non effectuées, pour l'assurée Madame F., le grief est énoncé à titre subsidiaire.

3.3.6. Madame J. O.A. 409

Pendant la période du 01/12/2014 au 25/04/2016 (dates des prestations), Mme A. a attesté les prestations reprises en pages 244 à 261 du PVC ... (cf. pièces 000261 à 000278).

Période d'introduction de ces prestations : du 28/02/2015 au 31/05/2016.

Vu l'absence de dossier infirmier, tel que prévu par les dispositions réglementaires précitées article 8, § 3, 5°, toutes les prestations attestées par Madame A. pour l'assurée J. sont des prestations non conformes.

3.3.7. Monsieur K. O.A. 317

Pendant la période du 10/01/2015 au 25/04/2016 (dates des prestations), Mme A. a attesté les prestations reprises en pages 262 à 275 du PVC ... (cf. pièces 000279 à 000292).

Période d'introduction de ces prestations : du 28/02/2015 au 31/05/2016.

Vu l'absence de dossier infirmier actée lors du PVA de Mme A. le 11/10/2016 (extrait ci-dessus repris au point 4.3.3), tel que prévu par les dispositions réglementaires précitées article 8 § 3 ,5°, toutes les prestations attestées par Madame A. pour l'assuré K. sont des prestations non conformes.

3.3.8. Madame G. O.A. 317

Pendant la période du 15/01/2015 au 30/04/2016 (dates des prestations), Mme A. a attesté les prestations reprises en pages 276 à 306 du PVC ... (cf. pièces 000293 à 000323).

Période d'introduction de ces prestations : du 28/02/2015 au 31/05/2016.

Vu l'absence de dossier infirmier, tel que prévu par les dispositions réglementaires précitées, toutes les prestations attestées par Madame A. pour l'assurée Madame G. sont des prestations non conformes.

Les prestations déjà comptabilisées dans l'indu repris au grief 1, prestations non effectuées, pour l'assurée Madame G., le grief est énoncé à titre subsidiaire.

3.3.9. Madame H. O.A. 100

Pendant la période du 01/01/2015 au 25/04/2016 (dates des prestations), Mme A. a attesté les prestations reprises en pages 306 à 319 du PVC ... (cf. pièces 000323 à 000336).

Période d'introduction de ces prestations : du 01/02/2015 au 03/05/2016.

Vu l'absence de dossier infirmier, tel que prévu par les dispositions réglementaires précitées, toutes les prestations attestées par Madame A. pour l'assurée Madame H. sont des prestations non conformes.

Les prestations déjà comptabilisées dans l'indu repris au grief 1, prestations non effectuées, pour l'assurée Madame H., le grief est énoncé à titre subsidiaire.

3.4. Tableau récapitulatif des prestations retenues au grief n° 3

Les prestations déjà retenues aux 2 griefs précédents sont citées à titre subsidiaire et ne sont donc pas concernées dans le calcul de l'indu repris dans ce grief ; elles apparaissent en couleur verte dans ce tableau ci-après. Les autres prestations, retenues à titre principal et donc concernées par le calcul de l'indu de ce 3^e grief, y sont reprises en rouge.

Tableau récapitulatif des prestations retenues à grief : 3ème grief : Administratif (dossiers infirmiers)									
Période de réception des prestations du 01-12-2014 au 31-05-2016									
Période des prestations du 01-11-2014 au 30-04-2016									
Type grief	Genre grief	Nom et prénom assuré	Nom prestataire	Prestation grief	Remb.	Nbre	Indu		
3ème grief	Non conforme	Mme B.	Madame A.	423076 W 0,484	2,17 €	8	17,36 €		
				423275 W 0,73	3,27 €	4	13,08 €		
				425014 W 0,879	3,68 €	64	235,52 €		
				425014 W 0,879	3,68 €	310			
				425110 W 1,167	5,22 €	62	323,64 €		
				425110 W 1,167	5,22 €	312			
				425412 W 1,206	5,15 €	29	149,35 €		
				425412 W 1,206	5,15 €	130			
				425515 W 1,754	7,85 €	28	219,80 €		
				425515 W 1,754	7,85 €	131			
		Total B.						195	958,75 €
		MADAME C.	MME A.			425014 W 0,879	3,68 €	16	58,88 €
						425014 W 0,879	3,68 €	358	
						425110 W 1,167	5,22 €	16	83,52 €
						425110 W 1,167	5,22 €	358	
						425412 W 1,206	5,15 €	159	
						425515 W 1,754	7,85 €	159	
		Total MADAME C.						32	142,40 €
		MONSIEUR I.	MME A.			423076 W 0,484	1,63 €	10	16,30 €
						423275 W 0,73	2,46 €	4	9,84 €
						424336 W 1,459	4,34 €	10	43,40 €
424336 W 1,459	4,90 €					243	1.190,70 €		
424491 W 2,189	6,77 €					4	27,08 €		
424491 W 2,189	7,35 €					105	771,75 €		
425014 W 0,879	2,95 €					293	864,35 €		
425014 W 0,879	2,95 €					62			
425110 W 1,167	3,92 €					143	560,56 €		
425110 W 1,167	3,92 €					212			
425412 W 1,206	4,05 €					109	441,45 €		
425412 W 1,206	4,05 €					40			
425515 W 1,754	5,89 €					148			

		Total MONSIEUR I.		921	3.925,43 €
MONSIEUR D.	MME A.	425014 W 0,879	3,68 €	22	
		425110 W 1,167	5,22 €	22	
		425272 W 3,825	16,86 €	261	
		425412 W 1,206	5,15 €	8	
		425515 W 1,754	7,85 €	8	
		425670 W 5,71	25,30 €	119	
				Total MONSIEUR D.	
MADAME F.	MME A.	425014 W 0,879	2,95 €	363	
		425110 W 1,167	3,92 €	363	
		425412 W 1,206	4,05 €	157	
		425515 W 1,754	5,89 €	157	
		Total MADAME F.			
Madame J.	MME A.	424336 W 1,459	6,53 €	253	1.652,09 €
		424491 W 2,189	9,79 €	109	1.067,11 €
		425014 W 0,879	3,68 €	355	1.306,40 €
		425110 W 1,167	5,22 €	353	1.842,66 €
		425412 W 1,206	5,15 €	149	767,35 €
		425515 W 1,754	7,85 €	147	1.153,95 €
		Total Madame J.		1366	7.789,56 €
MONSIEUR K.	MME A.	424336 W 1,459	6,53 €	102	666,06 €
		424491 W 2,189	9,79 €	41	401,39 €
		424874 W 2,365	10,58 €	21	222,18 €
		425014 W 0,879	3,68 €	318	1.170,24 €
		425110 W 1,167	5,22 €	318	1.659,96 €
		425412 W 1,206	5,15 €	131	674,65 €
		425515 W 1,754	7,85 €	131	1.028,35 €
		Total MONSIEUR K.		1062	5.822,83 €
MADAME G.	MME A.	423076 W 0,484		624	
		423091 W 0,508	1,71 €	24	41,04 €
		423275 W 0,73	2,46 €	266	
		423290 W 0,766	2,58 €	12	30,96 €
		425014 W 0,879	2,95 €	328	967,60 €
		425036 W 0,879	2,95 €	324	
		425110 W 1,167	3,92 €	328	1.285,76 €

Prestations de
sont retenues
subsidaire.
été
car déjà
grief :
non effectuées,
de l'assuré
dont les
été reprises au
prestations
conformes.

			425412 W 1,206	4,05 €	140	567,00 €
			425434 W 1,206	4,05 €	139	
			425515 W 1,754	5,89 €	140	824,60 €
		Total MADAME G.			972	3.716,96 €
	MADAME H.	MME A.	425014 W 0,879	3,68 €	333	
			425110 W 1,167	5,22 €	333	
			425272 W 3,825	16,86 €	41	691,26 €
			425412 W 1,206	5,15 €	143	
			425515 W 1,754	7,85 €	143	
			425670 W 5,71	25,30 €	19	480,70 €
		Total MADAME H.			60	1.171,96 €
			Total général 3ème grief		4.608	23.527,89 €

couleur verte
à titre
Elles n'ont pas
comptabilisées
reprises au 1^{er}
prestations
à l'exception
Monsieur I.
prestations ont
2^{ème} grief :
non

4. Tableaux récapitulatifs

4.1. Indu par grief et par assuré

Tableau récapitulatif des prestations retenues à grief : <u>indu total</u>									
Période de réception des prestations du 01-12-2014 au 31-05-2016									
Période des prestations du 01-11-2014 au 30-04-2016									
Type grief	Genre grief	Nom et prénom assuré	Nom prestataire	Prestation grief	Remb.	Nbre	Indu		
1er grief	Non effectué	Madame B.	MME A.	425014 W 0,879	3,68 €	310	1.140,80 €		
				425110 W 1,167	5,22 €	312	1.628,64 €		
				425412 W 1,206	5,15 €	130	669,50 €		
				425515 W 1,754	7,85 €	131	1.028,35 €		
		Total B.						883	4.467,29 €
		MADAME C.	MME A.	425014 W 0,879	3,68 €	358	1.317,44 €		
				425110 W 1,167	5,22 €	358	1.868,76 €		
				425412 W 1,206	5,15 €	159	818,85 €		
				425515 W 1,754	7,85 €	159	1.248,15 €		
		Total MADAME C.						1034	5.253,20 €
		MONSIEUR D.	MME A.	425014 W 0,879	3,68 €	22	80,96 €		
				425110 W 1,167	5,22 €	22	114,84 €		
				425272 W 3,825	16,86 €	261	4.400,46 €		
				425412 W 1,206	5,15 €	8	41,20 €		
				425515 W 1,754	7,85 €	8	62,80 €		
		425670 W 5,71	25,30 €	119	3.010,70 €				
		Total MONSIEUR D.						440	7.710,96 €
		MADAME F.	MME A.	425014 W 0,879	2,95 €	363	1.070,85 €		
				425110 W 1,167	3,92 €	363	1.422,96 €		
				425412 W 1,206	4,05 €	157	635,85 €		
				425515 W 1,754	5,89 €	157	924,73 €		
		Total MADAME F.						1040	4.054,39 €
		MADAME G.	MME A.	423076 W 0,484	1,31 €	24	31,44 €		
				423076 W 0,484	1,39 €	300	417,00 €		
				423076 W 0,484	1,63 €	300	489,00 €		
				423275 W 0,73	2,46 €	266	654,36 €		
				425036 W 0,879	2,95 €	324	955,80 €		
		425434 W 1,206	4,05 €	139	562,95 €				
Total MADAME G.						1353	3.110,55 €		
MADAME H.	MME A.	425014 W 0,879	3,68 €	333	1.225,44 €				
		425110 W 1,167	5,22 €	333	1.738,26 €				
		425412 W 1,206	5,15 €	143	736,45 €				
		425515 W 1,754	7,85 €	143	1.122,55 €				
Total MADAME H.						952	4.822,70 €		
Total 1er grief						5702	29.419,09 €		
2ème grief	Non conforme	MONSIEUR I.	MME A.	425014 W 0,879	2,95 €	62	182,90 €		
				425110 W 1,167	3,92 €	212	831,04 €		
				425412 W 1,206	4,05 €	40	162,00 €		

				425515 W 1,754	5,89 €	148	871,72 €		
				Total MONSIEUR I.		462	2.047,66 €		
				Total 2ème grief		462	2.047,66 €		
3ème grief	Non conforme	Madame B.	MME A.	423076 W 0,484	2,17 €	8	17,36 €		
				423275 W 0,73	3,27 €	4	13,08 €		
				425014 W 0,879	3,68 €	64	235,52 €		
				425014 W 0,879	3,68 €	310			
				425110 W 1,167	5,22 €	62	323,64 €		
				425110 W 1,167	5,22 €	312			
				425412 W 1,206	5,15 €	29	149,35 €		
				425412 W 1,206	5,15 €	130			
				425515 W 1,754	7,85 €	28	219,80 €		
		425515 W 1,754	7,85 €	131					
				Total B.		195	958,75 €		
				MADAME C.	MME A.	425014 W 0,879	3,68 €	16	58,88 €
						425014 W 0,879	3,68 €	358	
						425110 W 1,167	5,22 €	16	83,52 €
						425110 W 1,167	5,22 €	358	
						425412 W 1,206	5,15 €	159	
						425515 W 1,754	7,85 €	159	
				Total MADAME C.		32	142,40 €		
				MONSIEUR I.	MME A.	423076 W 0,484	1,63 €	10	16,30 €
						423275 W 0,73	2,46 €	4	9,84 €
						424336 W 1,459	4,34 €	10	43,40 €
						424336 W 1,459	4,90 €	243	1.190,70 €
						424491 W 2,189	6,77 €	4	27,08 €
						424491 W 2,189	7,35 €	105	771,75 €
						425014 W 0,879	2,95 €	293	864,35 €
						425014 W 0,879	2,95 €	62	
						425110 W 1,167	3,92 €	143	560,56 €
						425110 W 1,167	3,92 €	212	
						425412 W 1,206	4,05 €	109	441,45 €
						425412 W 1,206	4,05 €	40	
				425515 W 1,754	5,89 €	148			
				Total MONSIEUR I.		921	3.925,43 €		
				MONSIEUR D.	MME A.	425014 W 0,879	3,28 €	22	
		425110 W 1,167	5,22 €			22			
		425272 W 3,825	16,86 €			261			
		425412 W 1,206	5,15 €			8			
		425515 W 1,754	7,85 €			8			
		425670 W 5,71	25,30 €			119			
		Total MONSIEUR D.							
		MADAME F.	MME A.	425014 W 0,879	2,95 €	363			
				425110 W 1,167	3,92 €	363			
				425412 W 1,206	4,05 €	157			

		425515 W 1,754	5,89 €	157	
		Total MADAME F.			
Madame J.	MME A.	424336 W 1,459	6,53 €	253	1.652,09 €
		424491 W 2,189	9,79 €	109	1.067,11 €
		425014 W 0,879	3,68 €	355	1.306,40 €
		425110 W 1,167	5,22 €	353	1.842,66 €
		425412 W 1,206	5,15 €	149	767,35 €
		425515 W 1,754	7,85 €	147	1.153,95 €
		Total Madame J.		1366	7.789,56 €
MONSIEUR K.	MME A.	424336 W 1,459	6,53 €	102	666,06 €
		424491 W 2,189	9,79 €	41	401,39 €
		424874 W 2,365	10,58 €	21	222,18 €
		425014 W 0,879	3,68 €	318	1.170,24 €
		425110 W 1,167	5,22 €	318	1.659,96 €
		425412 W 1,206	5,15 €	131	674,65 €
		425515 W 1,754	7,85 €	131	1.028,35 €
		Total MONSIEUR K.		1062	5.822,83 €
MADAME G.	MME A.	423076 W 0,484		624	
		423091 W 0,508	1,71 €	24	41,04 €
		423275 W 0,73	2,46 €	266	
		423290 W 0,766	2,58 €	12	30,96 €
		425014 W 0,879	2,95 €	328	967,60 €
		425036 W 0,879	2,95 €	324	
		425110 W 1,167	3,92 €	328	1.285,76 €
		425412 W 1,206	4,05 €	140	567,00 €
		425434 W 1,206	4,05 €	139	
		425515 W 1,754	5,89 €	140	824,60 €
		Total MADAME G.		972	3.716,96 €
MADAME H.	MME A.	425014 W 0,879	3,68 €	333	
		425110 W 1,167	5,22 €	333	
		425272 W 3,825	16,86 €	41	691,26 €
		425412 W 1,206	5,15 €	143	
		425515 W 1,754	7,85 €	143	
		425670 W 5,71	25,30 €	19	480,70 €
		Total MADAME H.		60	1.171,96 €
				Total 3eme grief	4608 23.527,89 €
				Indu total général	10.772 54.994,64 €

Prestations de couleur verte sont retenues à titre subsidiaire. Elles n'ont pas été comptabilisées car déjà reprises au 1^{er} grief : prestations non effectuées, à l'exception de l'assuré Monsieur I. dont les prestations ont été reprises au 2^{ème} grief : prestations non conformes.

4.2. Indu par grief et par code

5. N° grief	Type grief	Prestation	Remb prestation prix unitaire	Nbre de prest. indues	Indu	
1er grief	Non effectué	423076 W 0,484	1,31 €	24	31,44 €	
		423076 W 0,484	1,39 €	300	417,00 €	
		423076 W 0,484	1,63 €	300	489,00 €	
		Nbre total de prestations 423076 indues et montant :			624	937,44 €
		423275 W 0,73	2,46 €	266	654,36 €	
		Nbre total de prestations 423275 indues et montant :			266	654,36 €
		425014 W 0,879	2,95 €	363	1.070,85 €	
		425014 W 0,879	3,68 €	1023	3.764,64 €	
		Nbre total de prestations 425014 indues et montant :			1386	4.835,49 €
		425036 W 0,879	2,95 €	324	955,80 €	
		Nbre total de prestations 425036 indues et montant :			324	955,80 €
		425110 W 1,167	3,92 €	363	1.422,96 €	
		425110 W 1,167	5,22 €	1025	5.350,50 €	
		Nbre total de prestations 425110 indues et montant :			1388	6.773,46 €
		425272 W 3,825	16,86 €	261	4.400,46 €	
		Nbre total de prestations 425272 indues et montant :			261	4.400,46 €
		425412 W 1,206	4,05 €	157	635,85 €	
		425412 W 1,206	5,15 €	440	2.266,00 €	
		Nbre total de prestations 425412 indues et montant :			597	2.901,85 €
		425434 W 1,206	4,05 €	139	562,95 €	
		Nbre total de prestations 425434 indues et montant :			139	562,95 €
		425515 W 1,754	5,89 €	157	924,73 €	
		425515 W 1,754	7,85 €	441	3.461,85 €	
		Nbre total de prestations 425515 indues et montant :			598	4.386,58 €
		425670 W 5,71	25,30 €	119	3.010,70 €	
		Nbre total de prestations 425670 indues et montant :			119	3.010,70 €
		Nbre total des prestations indues 1 ^{er} grief et montant total indu				5702
2ème grief	Non conforme	425014 W 0,879	2,95 €	62	182,90 €	
		Nbre total de prestations 425014 indues et montant :			62	182,90 €
		425110 W 1,167	3,92 €	212	831,04 €	
		Nbre total de prestations 425110 indues et montant :			212	831,04 €
		425412 W 1,206	4,05 €	40	162,00 €	
		Nbre total de prestations 425412 indues et montant :			40	162,00 €
		425515 W 1,754	5,89 €	148	871,72 €	
Nbre total de prestations 425515 indues et montant :			148	871,72 €		
Nbre total des prestations indues 2ème grief et montant total indu				462	2.047,66 €	
3ème grief	Non conforme	423076 W 0,484	1,63 €	10	16,30 €	
		423076 W 0,484	2,17 €	8	17,36 €	
		423076 W 0,484		624		
		Nbre total de prestations 423076 indues et montant :			28	33,66 €
		423091 W 0,508	1,71 €	24	41,04 €	

Nbre total de prestations 423091 indues et montant :		24	41,04 €
423275 W 0,73	2,46 €	4	9,84 €
423275 W 0,73	3,27 €	4	13,08 €
423275 W 0,73		266	
Nbre total de prestations 423275 indues et montant :		8	22,92 €
423290 W 0,766	2,58 €	12	30,96 €
Nbre total de prestations 423290 indues et montant :		12	30,96 €
424336 W 1,459	4,34 €	10	43,40 €
424336 W 1,459	4,90 €	243	1.190,70 €
424336 W 1,459	6,53 €	355	2.318,15 €
Nbre total de prestations 424336 indues et montant :		608	3.552,25 €
424491 W 2,189	6,77 €	4	27,08 €
424491 W 2,189	7,35 €	105	771,75 €
424491 W 2,189	9,79 €	150	1.468,50 €
Nbre total de prestations 424491 indues et montant :		259	2.267,33 €
424874 W 2,365	10,58 €	21	222,18 €
Nbre total de prestations 424874 indues et montant :		21	222,18 €
425014 W 0,879	2,95 €	621	1.831,95 €
425014 W 0,879	3,68 €	753	2.771,04 €
425014 W 0,879		1448	
Nbre total de prestations 425014 indues et montant :		1374	4.602,99 €
425036 W 0,879		324	
425110 W 1,167	3,92 €	471	1.846,32 €
425110 W 1,167	5,22 €	749	3.909,78 €
425110 W 1,167		1600	
Nbre total de prestations 425110 indues et montant :		1220	5.756,10 €
425272 W 3,825	16,86 €	41	691,26 €
425272 W 3,825		261	
Nbre total de prestations 425272 indues et montant :		41	691,26 €
425412 W 1,206	4,05 €	249	1.008,45 €
425412 W 1,206	5,15 €	309	1.591,35 €
425412 W 1,206		637	
Nbre total de prestations 425412 indues et montant :		558	2.599,80 €
425434 W 1,206		139	
425515 W 1,754	5,89 €	140	824,60 €
425515 W 1,754	7,85 €	306	2.402,10 €
425515 W 1,754		746	
Nbre total de prestations 425515 indues et montant :		446	3.226,70 €
425670 W 5,71	25,30 €	19	480,70 €
425670 W 5,71		119	
Nbre total de prestations 425670 indues et montant :		19	480,70 €
Nbre total des prestations indues 3ème ^r grief et montant total indu		4608	23.527,89 €
Nbre total des prestations indues pour les 3 griefs et montant total indu		10772	54.994,64 €

Pour rappel :

Les prestations de couleur verte sont retenues à titre subsidiaire. Elles n'ont pas été comptabilisées car déjà reprises au 1^{er} grief : prestations non effectuées, sauf pour l'assuré Monsieur I. dont les prestations ont été reprises au 2^{ème} grief.

4.3. Tableaux synoptiques

Grief	Références	Codes NPS	Dates des prestations		Dates de réception à l'OA		Nbre prestations	Nbre d'assurés	Indus	RV
			du	au	du	au				
Grief n° 1 : (prestations Totalement indues) : prestations non effectuées	Art. 8, § 1 de la NPS	423076	15-01-2015	25-04-2016	28-02-2015	31-01-2016	624	1	937,44 €	
		423275	17-01-2015	24-04-2016	28-02-2015	31-01-2016	266	1	654,36 €	
		425014	03-11-2014	25-04-2016	08-12-2014	03-05-2016	1386	5	4.835,49 €	
		425036	15-01-2015	25-04-2016	28-02-2015	31-05-2016	324	1	955,80 €	
		425110	03-11-2014	25-04-2016	08-12-2014	03-05-2016	1388	5	6.773,46 €	
		425272	03-11-2014	13-11-2015	10-12-2014	02-12-2015	261	1	4.400,46 €	
		425412	01-11-2014	24-04-2016	08-12-2014	03-05-2016	597	5	2.901,85 €	
		425434	17-01-2015	24-04-2016	28-02-2015	31-05-2016	139	1	562,95 €	
		425515	01-11-2014	24-04-2016	08-12-2014	03-05-2016	598	5	4.386,58 €	
		425670	01-11-2014	15-11-2015	10-12-2014	02-12-2015	119	1	3.010,70 €	
Sous total grief n°1			01-11-2014	25-04-2016	08-12-2014	31-05-2016	5702	6	29.419,09 €	29.419,09 €
Grief n° 2 : (prestations totalement ou partiellement indues) : prestations non conformes : surévaluation de l'échelle de Katz	Art. 8, § 1 de la NPS	425014	01-12-2014	25-04-2016	28-02-2015	31-05-2016	62	1	182,90 €	
		425110	01-12-2014	25-04-2016	28-02-2015	31-05-2016	212	1	831,04 €	
		425412	06-12-2014	24-04-2016	28-02-2015	31-05-2016	40	1	162,00 €	
		425515	06-12-2014	24-04-2016	28-02-2015	31-05-2016	148	1	871,72 €	
Sous total grief n°2			01-12-2014	25-04-2016	28-02-2015	31-05-2016	462	1	2.047,66 €	2.047,66 €
Grief n° 3 : (prestations totalement indues) : prestations non conformes : absence de dossiers infirmiers	Art. 8, § 1 de la NPS	423076	15-01-2015	25-04-2016	10-02-2015	31-05-2016	18	3	33,66 €	
		423091	07-04-2015	25-03-2016	31-05-2015	30-04-2016	24	1	41,04 €	
		423275	17-01-2015	24-04-2016	10-02-2015	31-05-2016	8	3	22,92 €	
		423290	04-04-15	20-03-2016	31-05-2015	30-04-2016	12	1	30,96 €	
		424336	02-01-2015	25-04-2016	28-02-2015	31-05-2016	608	3	3.552,25 €	
		424491	01-01-2015	24-04-2016	28-02-2015	31-05-2016	259	3	2.267,33 €	
		424874	07-12-2015	25-04-2016	31-01-2016	31-05-2016	21	1	222,18 €	
		425014	03-11-2014	29-04-2016	08-12-2014	31-05-2016	1374	9	4.602,99 €	
		425110	03-11-2014	29-04-2016	08-12-2014	31-05-2016	1220	9	5.756,10 €	
		425272	03-11-2014	13-11-2015	01-12-2014	02-12-2015	41	2	691,26 €	
		425412	01-11-2014	30-04-2016	08-12-2014	31-05-2016	558	9	2.599,80 €	
		425515	01-11-2014	30-04-2016	08-12-2014	31-05-2016	446	9	3.226,70 €	
425670	01-11-2014	15-11-2015	01-12-2014	02-12-2015	19	2	480,70 €			
Sous total grief n°3			01-11-2014	30-04-2016	01-12-2014	31-05-2016	4608	9	23.527,89 €	23.527,89 €
TOTAL GENERAL			01-11-2014	30-04-2016	01-12-2014	31-05-2015	10772	9	54.994,64 €	54.994,64 €

II. DISCUSSION

1. QUANT AU FONDEMENT DES GRIEFS

1.1. Quant au 1^{er} grief

1.1.1. Quant aux moyens de défense déposés par Madame A..

Le SECM ne voit pas en quoi le fait que les patients de madame A. vivent dans des conditions particulièrement précaires constituerait une circonstance atténuante. Au contraire, le fait d'attester des prestations non effectuées au nom de bénéficiaires isolés et fragilisés constitue plutôt une circonstance aggravante à charge de madame A.

Il est exact que plusieurs de ces personnes n'ont pas l'habitude d'être en contact avec des fonctionnaires de l'INAMI, mais ces derniers ont par contre une grande expérience de l'audition des bénéficiaires. Ils font donc en sorte que celle-ci se déroule dans les meilleures circonstances possibles afin d'obtenir des déclarations précises.

Le SECM constate que le grief se fonde sur les auditions effectuées du 23/03/2016 au 26/09/2016 de 6 assurés.

Ces auditions ont en effet révélé l'absence de la réalisation de soins infirmiers tels qu'introduits au remboursement par Mme A.

1.1.2. Mme B. O.A. 506

Madame A. prétend qu'elle était bien présente régulièrement chez cette bénéficiaire jusqu'en avril 2016, et que cette dernière souffrirait d'une dépression.

Le diagnostic de dépression ne permet certainement pas de contester la validité du témoignage de madame B.

Par ailleurs, madame A. évoque en effet sa présence régulière chez cette bénéficiaire, mais sans qu'il soit fait mention du moindre soin effectué.

Lors de son audition du 03/09/2016, madame B. déclarait :

« Durant la période de 2014 et 01/2015, je n'ai reçu que des toilettes ; depuis février 2015 je ne reçois plus de toilettes. Je vous confirme que durant les années 2015 et 2016 je n'ai reçu aucune toilette de l'infirmière. Je suis certain, je me suis rendue à la mutuelle pour signaler l'arrêt des soins infirmiers de Mme A. Il n'y avait pas de dossier infirmier pour moi au domicile. Elle est venue le mois passé déposer un relevé de soins des toilettes de mars, avril et mai 2016 ; je n'ai jamais reçu les toilettes. »

Il s'agit de déclarations très précises qui ne sont pas sujettes à interprétation.

Interrogée à ce propos le 24/11/2016, Mme A. devait déclarer lors de son audition :

*« (...) **Cas Madame B.** (Soins d'hygiène Toilettes du 01/02/2015 au 25/04/2016)*

Je ne peux que rire de cette situation. Je ne sais pas prouver vu que je n'ai pas tenu de dossier infirmier. Il est vrai que je n'avais pas toujours la porte ouverte. Je reconnais avoir eu tort de facturer les prestations non faites les jours de porte fermée mais il est faux de dire que je ne suis pas passée. J'affirme être passée régulièrement sur toute la période de novembre 2014 à avril 2016. J'évalue les jours de porte fermée à deux jours par semaine, au moins. (...) »

Il ressort de la teneur de la déclaration formelle de Mme B. et du constat d'absence totale de dossier infirmier, qu'aucun soin infirmier, ni soin d'hygiène (toilette) n'a été dispensé à cette assurée et que par conséquent, tous les honoraires de toilettes, introduits au remboursement auprès de l'OA 506 par Mme A. **pour la période du 01/02/2015 au 25/04/2016 sont des prestations non effectuées.**

1.1.3. Madame C. O.A. 506

Madame A. reconnaît avoir facturé à tort certains jours de la semaine où elle ne parvenait pas à effectuer des soins d'hygiène chez cette bénéficiaire.

Cependant, cela ne concerne que les soins effectués en 2014.

En effet, lors de son audition du 23/03/2016, madame C. a notamment déclaré :

« Les toilettes étaient données deux fois semaine (mardi et jeudi) Durant cette période là, j'ai fait une chute et je me suis sectionné le tendon de l'auriculaire gauche. J'ai été hospitalisée à plusieurs reprises pour la reconstruction de mon auriculaire. L'infirmière a fait des pansements à ma main gauche durant quelques semaines. J'ai bien reçu des toilettes jusque 12/2014 ; après le décès de mon père je n'ai plus reçu des toilettes Actuellement, j'effectue seule ma toilette, ma maman assure de temps en temps une toilette lorsque je ne suis pas bien. Je suis secondée de ma maman pour m'habiller régulièrement. »

Il s'agit à nouveau de déclarations précises de la bénéficiaire qui confirme que les soins ont bien été effectués 2 jours par semaine jusqu'à la fin de l'année 2014, puis qu'ils ont été définitivement stoppés. Or madame A. a continué à attester des soins jusqu'au 24/04/2016 au moins.

Interrogée à ce propos le 24/11/2016, Mme A. devait déclarer :

« (...) **Cas Madame C.** (soins d'hygiène toilettes du 01/11/2014 au 25/04/2016)

*Arriver à la laver était une contrainte. Elle ne prétendait pas se bouger. Elle refusait de se laisser laver. Et j'estimais que mon déplacement justifiait ma facturation. **Mais aujourd'hui, je suis consciente de ce que ma facturation fut inadéquate.** Mais je suis en désaccord sur le fait que je n'ai rien presté du tout. J'affirme avoir lavé cette personne, mais pas tous les jours. **Je n'ai pas tout presté, mais j'en ai fait.** Elle a un laisser aller total, elle ne veut plus avancer. La toilette complète, j'ai réussi à l'effectuer une fois semaine ou parfois deux, mais je parvenais par exemple à changer son linge plus souvent. **J'estime le nombre de jours où je ne suis parvenue à rien à 5 jours sur sept. (...)**»*

Il ressort de la teneur de la déclaration de Mme C. ainsi que du constat d'absence totale de dossier infirmier, qu'aucun soin infirmier, ni soin d'hygiène (toilette) n'a été dispensé à l'assurée Madame C. pour la période du 01/11/2014 au 31/12/2014 les lundis, mercredis, vendredis, samedis et dimanches, les prestations des mardis et jeudis de cette période n'étant quant à elles pas retenues à grief.

Il ressort également de cette déclaration que pour la période du 01/01/2015 au 25/04/2016 TOUS les honoraires de toilettes, introduits au remboursement auprès de l'OA 506 par Mme A. sont des prestations non effectuées.

1.1.4. Monsieur D. O.A. 509

Auditionné en date du 29/08/2016, l'assuré Monsieur D. déclarait :

«Je vous reçois en mon domicile avec mon accord

Je suis âgé de 55 ans.

Ma profession exacte assistant en soins hospitaliers diplômé en 10/1986. J'ai eu une activité mixte salarié et indépendant jusqu'en 2011.

Je suis en incapacité de travail depuis 2011 reconnu jusqu'en 2026.

Le D-L. est le médecin traitant depuis vingt ans.

Je le consulte entre une à deux fois par mois, principalement pour le renouvellement des médicaments, je vais à son cabinet.

C'est le médecin de famille ; en cas d'urgence je me rends à ...

Pour les maladies ou interventions chirurgicales en 2014 et 2015 je n'en ai pas eu, si ce n'est des EMG en raison d'épicondylites au niveau des deux épaules et des jambes.

En mai 2016, j'ai été admis en urgence à l'hôpital de ... pour des douleurs thoraciques irradiant dans le bras droit et la mâchoire.

Un diagnostic d'infarctus a été posé et à confirmé un stop au niveau l'artère circonflexe.

J'ai été hospitalisé quatre jours en cardiologie à la clinique ... le docteur M. à suivi mon hospitalisation.

D'ailleurs, j'ai rendez-vous le 30.08.2016 à 14h40 à la clinique

C'est le premier rendez-vous depuis l'hospitalisation.

Les soins infirmiers effectués en 2014 et 2015, les soins de toilettes, ont été sollicités en raison de mes limitations fonctionnelles les épaules, et troubles de la statique etc... douleurs généralisées de l'incontinence urinaire surajoutée.

Les soins ont été effectués dans l'entière par mon épouse Mme E. Il s'agissait des soins de toilette.

Car à cette époque, il m'était impossible d'assurer seul ma toilette quotidienne.

Une aide pour m'habiller et me s'habiller et aussi le problème de l'incontinence urinaire ont motivés ces soins.

Mon épouse assurait les soins le matin ou le soir en fonction de ses activités (activité mixte salariée et indépendante)

La facturation a été établie au nom de Mme A. la tarificatrice des soins infirmiers de mon épouse.

Il nous a été informé que les infirmières ne pouvaient tarifier pour les membres de la famille, cela est la cause du litige.

De ce fait il a été convenu de commun accord, sans rétrocession que les soins effectués par mon épouse pour mon propre compte (des toilettes) ont été tarifiés par Mme A. via sa société de facturation.

Les soins portés en compte nous ont été rétrocédés à la société dans leur intégralité.

Je puis vous confirmer que cela est de toute bonne foi et si un remboursement doit être effectué, il sera honoré via notre société qui a perçu l'intégralité de prestations de soins infirmiers portés en compte à mon nom durant la période de 2014 et 2015.

Je vous signale que la société perceptrice nous facture 6 % pour les frais administratifs liés à cette transaction financière.

Il n'y a pas eu d'intention de frauder. (...) »

Interrogée à ce propos le 24/11/2016, Mme A. a déclaré lors de son audition :

« (...) **Cas Monsieur D.** (Forfaits A ensuite soins d'hygiène toilettes du 01/11/2014 au 15/12/2015)

Pour ce cas, j'admets sans réserve votre position. J'engagerai l'action de remboursement à ma société ... par madame E. pour le montant de 7.710,96 euros (...)»

En conclusion, tous les témoignages concordent pour affirmer que les soins d'hygiène n'ont pas été effectués par madame A. mais par une autre infirmière, madame E., épouse de monsieur D.

Madame A. n'a donc pas effectué ces prestations et n'était donc pas en droit de les facturer à l'ASSI. De plus, comme précisé dans la note de synthèse, il n'appartient pas au SECM de rectifier une facturation qui aurait dû être correcte d'emblée (Décision CPI du 28/02/2014, n° de rôle FA-006-12).

Il est d'ailleurs à rappeler que lors de son audition du 24/11/2016, madame A. a reconnu le grief, déclaré notamment à l'inspecteur du SECM (cf. pièce 000768) :

« Cas Monsieur D. (...) Pour ce cas, j'admets sans réserve votre position. »

En conséquence de quoi, les honoraires forfaitaires, dits forfaits A et les prestations de soins d'hygiène (toilettes) introduits au remboursement auprès de l'OA 509 par Mme A. au nom de cet assuré pour la période du 01/11/2014 au 15/12/2015 sont des prestations non effectuées.

1.1.5. Madame F. O.A. 216

Madame A. affirme que cette bénéficiaire n'a pas dit la vérité lors de sa première audition par le SECM, mais sans apporter d'élément probant à l'appui de cette thèse. Elle précise également que madame F. ne la connaît pas par son nom, mais bien par le diminutif de son prénom, « ... ».

Lors de son audition du 17/08/2016, madame F. a notamment déclaré (cf. pièces 000935 à 000945) :

« Je suis formelle pour dire que je n'ai jamais reçu de soins infirmiers ces dernières années ni même avant. Hormis ma maman personne ne m'a jamais lavée, sauf peut-être lors de précédentes hospitalisations bien que je ne m'en souviens pas. Mais ici à la maison je n'ai jamais reçu de soins infirmiers : ni toilette, ni injection, ni soins de plaies. »

On peut noter que lors de cette première audition, la bénéficiaire se dit elle-même «formelle», et que ses déclarations ne sont pas non plus sujettes à interprétation.

Par contre, lors de sa seconde audition par le SECM en date du 26/09/2016, elle a notamment déclaré :

« Madame " ... " m'a été conseillée par ma fille qui est une collaboratrice de Mme A. Ma fille est intervenue avec son frère pour que je corrige auprès de vous mes propos.

(...)

A la réflexion et après dialogue avec vous je souhaite émettre l'opinion suivante : j'ai des liens directs avec Mme ... par l'intermédiaire de ma fille. Je n'ai donc pas de facilité à être totalement objective, effectivement, les liens qui me lient avec ma fille sont primordiaux et je tiens à les soigner. »

La dernière phrase de cet extrait de l'audition de la bénéficiaire est tout à fait explicite : elle y explique qu'elle ne peut pas être objective pour des motifs relationnels. Il s'agit d'une façon très habile de déclarer que l'on a subi une pression pour modifier son témoignage initial.

De tout quoi, il ressort des éléments de la cause, à savoir :

- le contenu des premières déclarations de l'assurée (audition du 17/08/2016) ;
- le fait que dans sa seconde audition PVA du 26/09/2016), par ailleurs faite à sa demande, l'assurée déclare avoir subi des pressions pour modifier son témoignage initial ;
- l'absence totale de dossier infirmier concernant cette assurée,

qu'aucune toilette (soin d'hygiène) n'a été effectuée à cet assurée qui est par ailleurs totalement autonome pour ses soins d'hygiène quotidiens.

En conséquence de quoi, les prestations de toilettes introduites au remboursement auprès de l'OA 317 par Mme A. pour la période du 08/12/2014 au 03/05/2016 sont toutes des prestations non effectuées.

De plus, subsidiairement, le degré de totale autonomie de cette assurée n'autorisait pas le remboursement de soins d'hygiène à son nom (Art 8 § 6 ,3[°]et 4[°]).

1.1.6. Madame G. O.A 317

Lors de son audition du 06/04/2016 , l'assurée Madame G. déclarait :

« Je vous reçois en mon domicile avec mon accord.

Je suis âgée de 76 ans.

Le médecin traitant est le docteur N. : il me suit depuis 30 ans.

Il vient à mon domicile un fois par mois, pour renouveler les médicaments.

J'ai un diabète de type II, un problème de thyroïde, de l'hypertension, des soucis à l'estomac, des jambes lourdes.

La dernière intervention chirurgicale c'est au dos, une hernie discale et le canal bouché (j'ai été opéré à ...) vers fin 2013.

En début 2015, j'ai sollicité l'infirmière Mme A. pour me laver les jambes et le dos; sur le conseil du médecin traitant. C'est Mme A. qui assure les soins infirmiers.

Elle vient une fois par jour, le soir à ma demande, elle fait ma toilette complète dans la douche, elle m'aide à m'habiller, durant une période quelques semaines elle a appliqué de la pommade dans mon dos.

Je vous confirme que depuis ma prise en charge des soins infirmiers, l'infirmière ne vient une fois par jour le soir (vers 18 heures).

On met ma robe de nuit, je suis prête pour aller dormir.

Elle vient tous les jours du lundi au dimanche compris.

Lorsqu'elle est en congé, les soins sont assurés par une remplaçante, je pense qu'elle s'appelle X.

Je ne suis pas aidée pour une mise au lit.

Que ce soit la semaine ou le week-end les soins sont identiques.

Je fais moi-même ma pique d'insuline vers 20h00 sur le conseil du diabétologue ; Mme O. ; je m'y rends tous les six mois.

Je dispose de tiges pour ma glycémie, je la contrôle deux fois par semaine.

Je suis suivie par une équipe du ... pour le contrôle du diabète (Appareil, tiges, conseils divers).

Je note dans mon carnet, le taux de mon sucre (le matin lorsque je me lave et l'après-midi ou au soir avant de manger).

Je suis fatiguée, vous contrôlez mon carnet de diabétique.

Vous me posez la question si je dispose d'un carnet de soins : non je n'en ai pas.

Je vais à la pharmacie du

Mon traitement est actuellement composé de :

Metformine 850 mg, Uni Damicron 60 mg, Vasexten 20, Pantoprazole, Pramipexole Mylan, L-Thyroxine 150 mg, Dulosectine Mylan, Levocitirizine Sandoz 5 mg, Lorazepam 2,5 g.

Je n'ai pas de soins de kinésithérapie.

Autonomie :

- Se laver : je suis lavée entièrement de la tête au pied et mes cheveux tous les 3 jours.

- S'habiller : le matin j'assume seule mon habillage. le soir l'infirmière m'aide après la douche à enfiler la robe de nuit et mon peignoir.

- Transfert et déplacement : à l'intérieur de la maison pas de problème, je ne monte pas les escaliers de l'étage, je dors en bas, dans la pièce du milieu, déplacement extérieurs : c'est ma petite fille qui me véhicule en voiture, une aide pour faire les courses etc...

- Aller à la toilette : je dispose de toute mon autonomie.

- Continence : j'ai des pertes d'urine, je porte en permanence une protection ; de peur des fuites.

- Manger : je suis aidée par mon fils qui habite chez moi, il donne un coup de main pour les préparations. Je sais manger ou boire sans aide.

Je ne dispose pas de n° de téléphone ou n°Gsm de Mme A.

Je vais le demander. (...) »

Interrogée à ce propos le 24/11/2016, Mme A. a déclaré lors de son audition :

« (...) **Cas Madame G.** (administration de médicament par voie sous-cutanée et 2^{ème} prestation de base du 15/01/2015 au 30/04/2016)

Je reconnais que la deuxième injection, je ne l'ai pas faite. Je la préparais. Je la tarifais par habitude, parce que la prestation était encodée dans le PC. Je reconnais mon erreur de tarification. (...) »

Il ressort de ces déclarations que :

- la seconde injection d'insuline (sous-cutanée) n'a pas été effectuée du 15/01/2015 au 30/04/2016 ;

- Les faits sont reconnus par Mme A.
- concernant les soins dispensés par Mme A., l'assurée a reçu un unique soin d'hygiène quotidien (toilettes).

Par conséquent, les prestations techniques (administration de médicaments par voie sous-cutanée et la seconde prestation de base) introduites au remboursement auprès de l'OA 317 par Mme A. pour la période du 15/01/2015 au 30/04/2016 sont des prestations non effectuées.

En effet, sur base des éléments ci-dessus, les prestations d'un second passage n'ont pas été effectuées. Dès lors, toutes les prestations de ce second passage sont indues.

1.1.7. Madame H. O.A. 100

Madame A. conteste les déclarations de la bénéficiaire, mais sans apporter d'élément probant à l'appui de cette contestation.

Lors de son audition du 06/04/2016, l'assurée Madame H. déclarait :

« Mme A., l'infirmière vient lorsque je lui téléphone, elle n'a pas d'horaire. En 2015, elle est venue quelque fois je ne me souviens pas des dates, mais pas tous les jours. »

Interrogée à ce propos le 24/11/2016, Mme A. a déclaré lors de son audition :

*« (...) **Cas Madame H.** (soins d'hygiène toilettes du 01/01/2015 au 25/04/2016)*

Comme pour sa fille, je ne comprends pas. J'y ai été tous les jours. C'est une dame autonome. Elle a cafouillé pour son audition parce qu'elle a commis une erreur dans ses médicaments la veille. Parfois, elle dormait lors de mon passage, dans ce cas, je repassais le soir – mais pas dans tous les cas – et le soir, je faisais une petite toilette. Je n'accepte donc pas que vous disiez que je n'ai rien fait (...) »

Compte tenu de la déclaration de Mme H. et en l'absence de dossier infirmier, le Service estime qu'aucun soin infirmier, ni soin d'hygiène (toilette) n'a été dispensé à l'assurée Madame H. et que par conséquent, tous les honoraires de toilettes, introduits au remboursement auprès de l'OA 100 par Mme A. pour la période du 01/01/2015 au 25/04/2016, sont des prestations non effectuées.

- 1.1.8. En conclusion de cette discussion des cas, le SECM note qu'il existe une indiscutable concordance des déclarations de tous les bénéficiaires concernés par le 1^{er} grief quant à l'absence totale ou partielle de prestations de soins infirmiers pourtant facturées par madame A.

1.2. Quant au 2^{ème} grief

Dans le cas de Mr I. O.A. 409 -, Mme A. a porté en compte au nom de cet assuré pendant la période du 01/12/2014 au 25/04/2016, des prestations reprises à l'article 8, §1^{er} de la nomenclature des prestations de santé, à savoir des soins d'hygiène (toilettes) (date d'introduction au remboursement auprès des O.A. de ces prestations du 28/02/2015 au 31/05/2016), à raison d'une par jour, alors que le degré de dépendance du bénéficiaire ne permettait le remboursement que de 2 soins par semaine (T2).

Le grief se fonde sur les éléments suivants :

- la déclaration de l'assuré et l'évaluation dans le décours de l'audition de l'assuré du degré de dépendance physique, tel qu'il existait au moment des faits litigieux.

Procès-verbal d'audition de l'assuré Monsieur I. effectué en date du 02/09/2016 :

(...) « Je vous reçois en mon domicile avec mon accord.

Je suis tombé d'un toit en 2002, j'ai fait une fracture de vertèbres avec une fuite du liquide.

J'étais paralysé et le Dr P. m'a proposé une opération une plaque en titane et du corail dans les vertèbres.

Je suis reconnu invalide depuis 2003 ; j'ai bien récupéré mais je reste très raide du dos, je ne sais plus me pencher ni me relever.

J'ai été aussi opéré deux fois du cœur et des artères artificielles au bassin et aux jambes.

A la suite de mon opération du dos, j'ai reçu une toilette tous les jours cette toilette est indispensable pour les pieds et le dos.

Je sais faire moi-même la figure et le dos et les parties intimes, mais en dessous des genoux ce n'est pas possible.

Mme A. s'occupe de cela depuis trois ans.

Elle me donnait un bain tous les deux jours et entre temps me lavait au bassin.

Tout un temps en 2015 et 2016, j'ai été domicilié à ... mais je revenais tous les jours (pour mes pigeons, Mme J. et ma fille)

Je ne revenais que le soir à

Les soins infirmiers de Mme A. se sont terminés en juillet 2016 du jour au lendemain, sans préavis

Je ne sais pas plus.

Je me rends chez ma fille qui a pris le relais pour les toilettes (infirmière)

Vous me demandez si je disposais d'un dossier infirmier par moi et Mme J., je n'en ai jamais eu à mon domicile. (...) »

- Score attribué par le SECM le 02/09/2016 pour l'assuré Monsieur I.

Se laver : score de 2

S'habiller : score de 2

- l'audition du 11/10/2016 de Madame A., dispensatrice des soins :

Procès-verbal d'audition de Mme A. effectué en date du 11/10/2016 :

« Pour l'établissement des échelles d'évaluations je procède comme suit : elles sont effectuées après rappel du programme informatique, tous les trois mois et transmises aux mutuelles via Mycarenet.

*Vous me demandez si j'utilise les directives des SSS pour l'utilisation de l'échelle d'évaluation en référence à art.8 de l'annexe de L.A.R. du 14/09/1984 (nomenclature des praticiens de l'art infirmier). **Vous me les montrez. Je ne connaissais pas ce document que vous me remettez.... (...)** »*

Interrogée à nouveau le 24/11/2016, Mme A. a déclaré lors de son audition :

*« (...) **Cas Monsieur I.** (soins d'hygiène toilettes du 01/12/2014 au 25/04/2016).*

***Je ne connaissais pas les directives en matière d'échelles de Katz. J'admets votre cotation et je reconnais que j'aurais dû facturer deux toilettes par semaine. Moi, j'ai toujours soigné ce patient à Lui et moi, nous nous aidions pour effectuer la toilette. Je reconnais que c'était une aide partielle. Cela pouvait changer selon les jours. Je tendais à l'indépendance du patient. C'était plus une aide. Pour la cotation de l'échelle de Katz, je reconnais la validité de votre cotation. (...)** »*

Sur base des déclarations de l'assuré, de celles de Mme A., et sur base de l'Echelle d'évaluation de dépendance établie par le SECM, l'assuré I. ne justifiait pas d'une T7 (toilette 7 jours semaine) comme attesté par Madame A. durant la période litigieuse mais bien une T2 en raison de la déclaration de l'intéressé du 02/09/2016 signalant 2 bains par semaine (2 toilettes semaine hors week-end).

De plus, l'intéressé résidait en ... (en référence du registre national) du 23/07/2015 au 02/09/2016 (date du PVA).

Il se rend chaque jour en voiture distant de 40 Km de sa résidence, au domicile de Mme J. situé à ..., pour y recevoir des soins d'hygiène (toilette) de juillet 2015 au 02 septembre 2016 (date de l'audition) et pour s'occuper de ses pigeons et de sa famille.(cf. extrait du PVA du 02/09/2016).

De tout quoi, le grief doit être déclaré établi dans sa matérialité.

1.3. Quant au 3^{ème} grief

En l'espèce, il s'agit de 9 cas de bénéficiaires au nom desquels des prestations de soins infirmiers à domicile ont été portées en compte alors que la condition de remboursement relative à l'existence d'un dossier infirmier, tel qu'elle est énoncée à l'article 8, § 3, 5° de la nomenclature, n'était pas satisfaite.

Le grief se fonde :

- Sur l'audition de Madame A.
- Sur les déclarations des différents bénéficiaires au nom desquels ont été portés en compte les soins ;

Procès-verbal d'audition de Mme A. effectué en date du 11/10/2016

« (...) Je n'ai pas de dossiers infirmiers, pour aucun de mes patients. Il ne s'agissait que de toilettes, et donc j'ai estimé que ce n'était pas nécessaire. Si vous me demandez le dossier infirmier d'un patient, je ne sais pas vous le fournir. Mais je sais vous fournir toutes les prescriptions médicales des toilettes et des soins complémentaires (injections, pansements). (...) »

Madame A. n'est donc pas en mesure de fournir les dossiers infirmiers des assurés réclamés par le Service et le reconnaît expressément.

Position et justifications de Mme A.

Lors de son audition du 24/11/2016 consécutive à la remise des procès-verbaux de constat, la prestataire a déclaré :

« ...PVC E-... et E-... du 24/11/2016 reprennent le troisième grief pour des prestations de soins non conformes pour l'absence de dossiers infirmiers.

Cas I. (soins d'hygiène toilettes du 01/12/2014 au 25/04/2016)

Cas J. (soins d'hygiène Toilettes du 01/12/2014 au 25/04/2016)

Cas Monsieur K. (soins d'hygiène Toilettes, soins de plaie simple, préparation hebdomadaire de médicaments durant la période du 10/01/2015 au 25/04/2016)

Pour ces trois cas, je reconnais ne pas avoir établi de dossier infirmier. Je vous l'avais déjà déclaré le 11/10/2016 : je ne dispose d'aucun dossier infirmier pour l'ensemble de ma clientèle. Je vous confirme ces propos.

A titre subsidiaire les cas repris au premier grief :

Mme B.

Mme Madame C.

Mr Monsieur D.

Mme Madame F.

Mme Madame G.

Mme Madame H.

Pour ces cas, je reconnais également ne pas avoir établi de dossier infirmier..... (...) »

De tout quoi, en raison du constat de l'absence totale de dossier infirmier conservé au domicile des assurés ainsi qu'en raison des déclarations de Mme A. à ce sujet et de sa reconnaissance des faits, le grief doit être déclaré établi.

2. QUANT A L'INDU TOTAL ET AU REMBOURSEMENT

2.1. Indu total

Les trois griefs soulevés dans le cadre du présent dossier ont entraîné des débours indus dans le chef de l'assurance obligatoire soins de santé pour un montant total de 54.994,64 euros.

Il y a lieu d'ordonner que Madame A. procède au remboursement de l'indu, en application de l'article 142, §1^{er}, 1° et 2° de la loi ASSI, soit la somme de 54.994,64 euros.

La Société « ... » (n° BCE ...), dont le siège social est situé ..., a perçu l'ensemble de ces remboursements.

Dès lors, en application de l'article 164, alinéa 2 de la loi ASSI, la Société « ... » doit être condamnée solidairement avec Madame A. au remboursement de la valeur des prestations indues.

2.2. Remboursement

Le 24/11/2016, Mme A. a signé une déclaration de remboursement volontaire (E/...).

Le Fonctionnaire-dirigeant du SECM constate que Mme A. a procédé au remboursement total de l'indu en date du 19/01/2017.

L'indu résiduel est donc de 0,00 €.

3. SUR LE PLAN DE L'AMENDE ADMINISTRATIVE

3.1. Quant aux arguments invoqués par Madame A. dans ses moyens de défense : absence d'antécédents et arrêt de ses activités

Contrairement à ce qu'elle prétend, madame A. n'a pas déjà été sanctionnée. En effet, elle a causé un dommage important à l'ASSI, puis l'a effectivement réparé en remboursement la totalité de l'indu. Cependant, la réparation de ce dommage ne constitue pas une sanction mais une mesure de rétablissement .

Seules les amendes prévues à l'article 142, § 1er de la loi ASSI constituent donc des sanctions, et le Conseil d'Etat a jugé que la proportionnalité de la sanction s'apprécie certainement au regard du nombre et de la gravité de l'infraction .

Madame A. prétend qu'elle n'a pas eu l'intention de frauder. Cependant, l'enquête du SECM a permis de démontrer que madame A. a attesté plusieurs milliers de prestations non effectuées, et qu'elle ne peut invoquer une quelconque négligence quand on lit par exemple ces extraits de l'audition du 03/09/2016 de madame B. :

« Je vous confirme que durant les années 2015 et 2016 je n'ai reçu aucune toilette de l'infirmière. Je suis certain, je me suis rendue à la mutuelle pour signaler l'arrêt des soins infirmiers de Mme A. (...). Elle est venue le mois passé déposer un relevé de soins des toilettes de mars, avril et mai 2016 ; je n'ai jamais reçu les toilettes. »

Cette bénéficiaire a donc pris l'initiative de signaler elle-même l'arrêt des soins infirmiers à sa mutuelle parce qu'elle avait pris conscience que madame A. facturait des prestations non

effectuées. Cette dernière ne peut plaider la négligence en apportant à la bénéficiaire un relevé de prestations pour des toilettes qu'elle n'a pas effectuées.

De plus, madame A. adopte maintenant une attitude de rejet systématique de toutes les auditions qui lui sont défavorables, invoquant au sujet de ses propres patients tantôt les mensonges, tantôt des problèmes de santé ou encore l'influence stressante de la présence de l'inspecteur du SECM.

Malgré le remboursement total de l'indu, il y a donc clairement dans le chef de madame A. une absence de reconnaissance des faits litigieux concernant le 1er grief, lequel repose avant tout sur la concordance de déclarations précises de ses propres patients, et non comme elle le prétend sur l'absence de dossier infirmier. Un dispensateur de soins ayant agi par ignorance de la réglementation ou par négligence n'adopterait en aucun cas cette attitude.

Enfin, dans la conclusion de ses moyens de défense, madame A. précise qu'elle ne peut être sanctionnée 2 fois pour le même manquement, en l'occurrence pour les griefs 1 et 3, et que 2 amendes différentes pour ces 2 griefs ne pourraient lui être infligées.

Cependant, il ne peut être question de double sanction dans ce cas précis, puisque les prestations déjà considérées comme litigieuses au grief n° 1 ne sont citées qu'à titre subsidiaire au grief n° 3, et n'entraînent donc pas d'indu pour ce 3^e grief. L'amende étant fixée en fonction de l'indu de chaque grief, le risque d'une double sanction est donc écarté.

3.2. Quant au régime juridique de l'amende administrative

Les mesures prévues à l'article 142, §1^{er}, 1° et 2° de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 sont d'application, à savoir pour les trois griefs :

- pour le grief de prestations non effectuées (grief n°1) : remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé et une amende administrative comprise entre 50 % et 200 % du montant de la valeur des prestations concernées (article 73bis, 1° et article 142, §1^{er}, 1°, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994).
- pour les griefs de prestations non conformes (griefs n°2 et n°3) : remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé et/ou une amende administrative comprise entre 5 % et 150 % du montant de la valeur des prestations concernées (article 73bis, 2° et article 142, §1^{er}, 2°, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994).

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. »

3.3. En l'espèce

Le fait de porter en compte à l'assurance soins de santé des **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 facturant à l'assurance soins de santé des prestations qui relèvent de l'art. 8§1^{er} de la Nomenclature de prestations de santé, à savoir des soins d'hygiène (toilettes) et/ou des honoraires forfaitaires par journée de soins pour des patients lourdement dépendants, dits forfaits A (FA), des prestations de base (1^{ers} et 2^e passages) et des prestations techniques (administration de médicaments par voie sous-cutanée), alors qu'elles n'ont pas été effectuées, Madame A. a méconnu les obligations qui lui incombaient en sa qualité de dispensateur de soins et n'a pas fait preuve de professionnalisme.

Compte tenu du nombre de prestations non effectuées et facturées à l'assurance soins de santé (5.702 prestations), de la longueur de la période concernée (de décembre 2014 à juin 2015) et du caractère très élevé de l'indu en cause (29.419,09 €), Madame 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 assez haute.

Il est donc justifié de prononcer à l'encontre de Madame A., au titre du grief n°1 de prestations non effectuées, une amende administrative de 150% du montant indu à rembourser (LC 14/07/1994, art. 142, §1^{er}, 1^o) soit une amende administrative de 44.128,63 € (indu de 29.419,09 €).

Concernant l'attestation de prestations non conformes, il y a lieu de constater que Mme A. a, aux cours de ses différentes auditions, fait expressément référence à son manque de connaissance de la réglementation applicable aux différents aspects de sa profession et portant notamment sur la façon correcte d'évaluer les échelles de Katz.

Elle semble également ne pas connaître l'obligation de tenir un dossier infirmier pour chaque patient et des conditions qui sont mises par la réglementation pour la bonne tenue de ces dossiers.

Qu' elle ne peut toutefois se prévaloir d'aucune excuse ;

Qu'en effet, en tant que dispensateur de soins, collaborant au système de l'assurance obligatoire soins de santé, elle se devait de connaître et d'appliquer strictement les règles en vigueur ;

Que s'agissant des prestations non conformes, 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.

Que de plus, 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.

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

Que de plus, il n'appartient pas aux dispensateurs de soins de faire une interprétation personnelle ou d'opportunité de la réglementation.

Qu'en outre, 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 et à la tenue des dossiers infirmiers, Mme 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 non conformes (462 surévaluations des scores des échelles de dépendance pour un seul cas d'assuré et un indu de 2.047,66 € et 4.608 prestations attestées en l'absence de tout dossier infirmier pour un indu formulé à titre principal de 23.527,89 €) et du caractère très élevé de l'indu (25.575,55 €), il convient d'infliger à Mme A. au titre des griefs de prestations non conformes, une amende administrative de 100% du montant indu à rembourser (LC 14.07.1994, art. 142, §1^{er}, 2^o) soit une amende de 25.575,55 €.

Toutefois, l'article 157, §1^{er} de la loi ASSI coordonnée le 14/07/1994 prévoit que le fonctionnaire-dirigeant peut accorder un sursis partiel ou total de l'exécution de sa décision infligeant une amende administrative au dispensateur de soins.

Pour fixer le quantum de cette sanction, il convient cependant de tenir compte, non seulement des éléments rappelés ci-dessus, mais aussi de l'absence d'antécédents dans le chef de l'intéressée ou du fait qu'elle a remboursé l'intégralité de l'indu. Cela justifie que la sanction soit assortie d'une mesure de sursis partiel, la sanction effective devant rappeler à l'intéressée l'importance de la faute commise, et celle avec sursis devant l'inciter à rectifier, pour l'avenir, sa pratique dans un sens conforme à la réglementation et aux exigences de son art.

Il est dès lors justifié de prononcer, dans le chef de Madame A., au titre :

- du grief n°1 de prestations non effectuées, une amende administrative de 150% du montant des prestations indument attestées à charge de l'assurance soins de santé (LC 14.07.1994, art. 142, §1^{er}, 1°), soit 44.128,63 euros, dont 100% en amende effective (soit 29.419,09 €) et 50% en amende assortie d'un sursis d'une durée de 3 ans (soit 14.709,54 €).
- des griefs de prestations non conformes (griefs n°2 et n°3), une amende administrative de 100% du montant des prestations indument attestées à charge de l'assurance soins de santé (LC 14.07.1994, art. 142, §1^{er}, 2°), soit 25.575,55 €, dont 25% en amende effective (soit 6.393,88 €) et 75% en amende assortie d'un sursis d'une durée de 3 ans (soit 19.181,66 €).

4. LA DEMANDE AU TITRE DES INTERETS SUR LA SOMME DES PRESTATIONS INDUMENT ATTESTEES

L'article 156, §1^{er}, alinéa 2 de la loi ASSI coordonnée (tel que modifié par l'article 26, 1°, de la loi du 17 juillet 2015 portant des dispositions diverses en matière de santé, M.B. du 17 août 2015) dispose que :

« § 1er. Les décisions du fonctionnaire dirigeant du Service d'évaluation et de contrôle médicaux ou du fonctionnaire désigné par lui, visées à l'article 143, les décisions des Chambres de première instance visées à l'article 142, et les décisions des Chambres de recours, visées aux articles 142 et 155, sont exécutoires de plein droit par provision, nonobstant tout recours. Des délais de paiement peuvent être accordés uniquement sur la base d'une demande motivée et appuyée par toute pièce utile permettant d'en apprécier le bien-fondé.

Les sommes dues sont payées dans les trente jours de la notification des décisions visées à l'alinéa 1^{er}. A défaut de paiement dans ce délai, les sommes restant dues produisent, de plein droit, des intérêts au taux d'intérêt légal en matière sociale, tel que prévu à l'article 2, § 3, de la loi du 5 mai 1865 relative au prêt à intérêt, à compter de l'expiration de ce délai ».

En conséquence, les sommes non payées dans le délai de 30 jours suivant la notification de la décision du Fonctionnaire-dirigeant, seront de plein droit majorées d'intérêts moratoires à compter de l'expiration de ce délai et ce jusqu'au complet paiement des sommes dues.

PAR CES MOTIFS,

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

APRES EN AVOIR DELIBERE,

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

- Déclare les griefs établis ;
- Condamne Madame A. à rembourser la valeur des prestations indues s'élevant à 54.994,64 € ;
- Constate que Mme A. a procédé au remboursement total de l'indu en date du 19/01/2017 ;
- Condamne Madame A. à payer une amende administrative de 150% du montant des prestations non effectuées indument attestées à charge de l'assurance soins de santé (LC 14.07.1994, art. 142, §1^{er}, 1^o), soit 44.128,63 euros, dont 100% en amende effective (soit 29.419,09 €) et 50% en amende assortie d'un sursis d'une durée de 3 ans (soit 14.709,54 €).
- Condamne Madame A. à payer une amende administrative de 100% du montant des prestations non conformes indument attestées à charge de l'assurance soins de santé (L.C., 14.07.1994, art. 142, §1^{er}, 2^o), soit 25.575,55 €, dont 25% en amende effective (soit 6.393,88 €) et 75% en amende assortie d'un sursis d'une durée de 3 ans (soit 19.181,66 €).
- 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 15 mars 2018

Le Fonctionnaire – dirigeant f.f.,

Dr Jo Maebe
Médecin-directeur général f.f.