

DECISION DU FONCTIONNAIRE-DIRIGEANT

Concerne : **Madame A.**
Infirmière
SPRL B.
BRS/F/19-012

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

1 GRIEF FORMULE

Un grief a été formulé (voir pour le détail, la note de synthèse précitée) concernant Madame A. et la SPRL B., suite à l'enquête menée par les inspecteurs du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI.

En résumé, il leur est reproché :

d'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 coordonnée le 14 juillet 1994.

Les prestations concernées tombent sous le prescrit de l'article 142§1^{er}, 2° de la Loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

Lieu présumé de l'infraction : domicile légal de Madame A. et/ou siège social de la SPRL B.

1.1 Base légale et réglementaire (à l'époque de l'infraction) et prestations en cause :

a. Loi coordonnée le 14 juillet 1994

Art. 73 bis.

Sans préjudice d'éventuelles poursuites pénales et/ou disciplinaires et nonobstant les dispositions des conventions ou des accords visés au Titre III, il est interdit aux dispensateurs de soins et assimilés, sous peine des mesures énoncées à l'article 142, § 1er :

(...)

2° de rédiger, faire rédiger, délivrer ou faire délivrer les documents réglementaires précités lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans la présente

loi, dans ses arrêtés et règlements d'exécution, dans les conventions et accords conclus en vertu de cette même loi (...);

Art. 142. § 1er.

Sans préjudice d'éventuelles sanctions pénales et/ou disciplinaires, les mesures suivantes sont appliquées aux dispensateurs de soins et assimilés qui ne se conforment pas aux dispositions de l'article 73bis :

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

Art. 164.

Alinéa 2 :

En régime du tiers payant, les prestations de l'assurance soins de santé payées indûment sont remboursées par le dispensateur de soins qui ne s'est pas conformé aux dispositions légales ou réglementaires. Lorsque les prestations ont été perçues, pour son propre compte, par une personne physique ou morale, celle-ci est solidairement tenue au remboursement avec le dispensateur de soins (...).

b. Nomenclature des prestations de santé

"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 12.9.2001" (en vigueur 1.10.2001)
+ "A.R. 22.11.2013" (en vigueur 1.1.2014) + "A.R. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014)

"Art. 8. § 1er. Les prestations suivantes sont considérées comme des prestations qui requièrent la qualification d'infirmier gradué ou assimilé, d'accoucheuse, d'infirmier breveté, d'hospitalier/assistant en soins hospitaliers ou assimilé, appelés ci-après praticiens de l'art infirmier (W). Toutefois, les prestations techniques spécifiques de soins infirmiers, visés sous rubrique III du § 1er, 1°, 2°, 3° et 3°bis requièrent la qualification d'infirmier gradué ou assimilé, d'accoucheuse ou d'infirmier breveté."

I. Séance de soins infirmiers.

(...)

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

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

(...)

"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 13.10.2004" (en vigueur 1.1.2005)

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

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

W 7,371

"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 4.6.1998" (en vigueur 1.7.1998) +
"A.R. 9.6.1999" (en vigueur 1.7.1999) + "A.R. 13.10.2004" (en vigueur 1.1.2005)

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

- dépendance pour le critère se laver (score 4) et le critère s'habiller (score 4), et
- dépendance pour le critère transfert et déplacements (score 4) et le critère aller à la toilette (score 4), et
- dépendance pour le critère continence et pour le critère manger (pour laquelle un des deux critères obtient un score de 4, et l'autre un score de minimum 3)

W 10,083"

(...)

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

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

I. Séance de soins infirmiers.

(...)

II. Honoraires forfaitaires par journée de soins pour des patients lourdement dépendants.

A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 13.10.2004" (en vigueur 1.1.2005)

(...)

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

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

W 10,944

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

- dépendance pour le critère se laver (score 4) et le critère s'habiller (score 4),
et
- dépendance pour le critère transfert et déplacements (score 4) et le critère aller à la toilette (score 4), et
- dépendance pour le critère continence et pour le critère manger (pour laquelle un des deux critères obtient un score de 4, et l'autre un score de minimum 3)

W 15,017 "

(...)

- **"§ 3. Aucuns honoraires ne sont dus :**

- (...)
- "A.R. 27.3.2012" (en vigueur 1.6.2012)
- **"5° lorsque le dossier infirmier mentionné dans cet article n'existe pas ou si le contenu minimal décrit au § 4, 2° de cet article n'est pas mentionné dans ce dossier."**

"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014)

"§ 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°."

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

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

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

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

"Lorsque les soins infirmiers dispensés au bénéficiaire comportent des prestations techniques, décrites à la rubrique I, B du § 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 :"

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

- la planification des soins;
- l'évaluation des soins;

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

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

▪ **"Lorsque les soins infirmiers dispensés au bénéficiaire comportent des soins de plaie(s) complexes, décrits au § 8, 1° de cet article, ou lorsque les soins sont dispensés dans le cadre des honoraires forfaitaires par journée de soins pour des patients lourdement dépendants, décrits à la rubrique II du § 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 :"**

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

"- 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 mentionnés dans le deuxième alinéa doivent être mentionnés au moins toutes les deux semaines dans le dossier infirmier."

(...)

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.

(...)

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

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

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

(...)

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

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

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

"A.R. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014)

"a) pour chaque bénéficiaire dans le chef duquel des 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° ont été attestés, une toilette (prestations 425110, 425515, 425913 ou 427755) par journée de soins a été effectuée à l'exception des honoraires forfaitaires PP;"

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

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

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

c. Directives relatives aux soins de plaie(s)

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

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

L'anamnèse infirmière comprend les éléments suivants :

- Date de l'anamnèse infirmière
- Données d'identification du patient
- Médecin généraliste : données d'identification
- Médecin spécialiste : données d'identification
- Infirmier(ère) référent(e) : données d'identification
- Infirmier(ère) relais en soins de plaie(s) : données d'identification
- Antécédents médicaux et chirurgicaux qui peuvent avoir une influence sur la plaie, si données médicales à ce sujet disponibles
- Allergies :
 - cutanée
 - médicamenteuse: si données médicales à ce sujet disponibles (nom du médecin et date à laquelle les données ont été obtenues)
 - alimentaire
- Facteurs aggravants ou potentiellement aggravants :
 - état nutritionnel
 - état d'hydratation
 - d'origine médicale (par exemple : insuffisance cardiaque, artérite, ...)
 - d'origine thérapeutique (par exemple : médicaments anti-inflammatoires et anti-infectieux, chimiothérapie, ...)
 - perte de mobilité
 - autres (à spécifier)
- Situation familiale
- Isolé
- Vit en famille
- Personne(s) de contact pour le patient : données d'identification

Le jugement clinique (diagnostic infirmier) comprend les éléments suivants :

Description de la (des) plaie(s)

- nombre de plaies
- localisation de la (des) plaie(s)
- origine de la (des) plaie(s) et date d'apparition de la (des) plaie(s)
- type de plaie(s)
 - plaie(s) avec drain avec/sans aspiration
 - plaie(s) avec méchage et/ou irrigation
 - plaie(s) avec broche ou fixateur externe
 - deux plaies simples ou davantage
 - brûlure(s) du deuxième ou du troisième degré, ulcère(s), greffon(s), escarre(s) avec une surface de moins de 60 cm²
 - stomie(s) après colostomie, gastrostomie, iléostomie, cystostomie, urétérostomie ou trachéostomie
 - brûlure(s) du deuxième ou du troisième degré ou greffon(s) avec une surface de 60 cm² ou plus
 - ulcère(s) avec une surface de 60 cm² ou plus
 - escarre(s) profonde(s) touchant les tendons et les os
 - débridement d'escarre(s)

Evaluation de la (des) plaie(s)

- dimensions (profondeur, largeur, longueur)
- stade de cicatrisation de la plaie (rose, rouge, jaune, noire)
- exsudat (0, +, ++, +++)
- contours de la plaie
- douleur (aiguë ou chronique)

Le plan de soins comprend :

La planification des interventions infirmières

Le traitement local de la (des) plaie

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

L'évaluation du résultat du traitement

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

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

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

Pour ce grief, l'indu total a été évalué à 23.086,26 euros.

Madame A. et la SPRL B. n'ont pas procédé au remboursement de l'indu.

2 DISCUSSION

1. Quant au fond

Il ressort de l'enquête, effectuée par le Service d'évaluation et de contrôle médicaux, que les dossiers fournis ne sont pas conformes au prescrit de la nomenclature des prestations de santé. En effet, ils ne contiennent pas le contenu minimal du dossier, tel que décrit dans l'art. 8 de la nomenclature, condition de remboursement de ces prestations.

En conséquence, sont retenues à grief, toutes les prestations effectuées durant 3 mois pour ces dossiers.

Madame A., pour la période allant du 04/11/2016 au 03/07/2017 (date d'introduction des prestations auprès des organismes assureurs), a porté en compte à l'assurance soins de santé et indemnités (ASSI) 544 prestations de santé « non conformes », représentant pour ladite assurance un montant indu de 23.086,26 €. Le constat est fait dans le cas des 6 assurés suivants :

1. Madame C. (O.A. ... N°R.N. ...)

Dans le cas de cette assurée, les éléments relevant, concernant la planification et l'évaluation des soins, mentionnées dans le deuxième alinéa, ne sont pas mentionnés, au moins toutes les deux semaines, dans le dossier infirmier. Il n'y a pas de dossier

soins complexes de plaie pour les soins de gastrostomie. L'identification de la personne qui a réalisé les soins est également absente.

Soit 90 prestations pour la période du 01/01/2017 au 31/03/2017, introduites en remboursement du 07/02/2017 au 18/04/2017. L'indu pour l'ASSI s'élève à quatre mille six cent vingt huit euros et dix cents (4.628,10 €).

2. Madame D. (O.A. ... N°R.N.)

Dans le cas de cette assurée, les éléments relevant, concernant la planification et l'évaluation des soins, mentionnées dans le deuxième alinéa, ne sont pas mentionnés, au moins toutes les deux semaines, dans le dossier infirmier. L'identification de la personne qui a réalisé les soins est également absente.

Soit 90 prestations pour la période du 01/12/2016 au 26/02/2017, introduites en remboursement du 31/01/2017 au 31/03/2017. L'indu pour l'ASSI s'élève à trois mille trois cent quatre-vingt euros et dix-sept cents (3.380,17 €).

3. Monsieur E. (O.A. : ... N°R.N....)

Dans le cas de cet assuré, les éléments relevant, concernant la planification et l'évaluation des soins, mentionnées dans le deuxième alinéa, ne sont pas mentionnés, au moins toutes les deux semaines, dans le dossier infirmier. Il n'y a pas de dossier soins complexes de plaie pour les soins de gastrostomie. L'identification de la personne qui a réalisé les soins est également absente.

Soit 91 prestations pour la période du 01/04/2017 au 30/06/2017, introduites en remboursement du 08/05/2017 au 03/07/2017. L'indu pour l'ASSI s'élève à trois mille quatre cent quatre-vingt-sept euros et cinquante et un cents (3.487,51 €).

4. Madame F. (O.A. ... N°R.N.)

Dans le cas de cette assurée, les éléments relevant, concernant la planification et l'évaluation des soins, mentionnées dans le deuxième alinéa, ne sont pas mentionnés, au moins toutes les deux semaines, dans le dossier infirmier. Il n'y a pas de dossier soins complexes de plaie pour les soins de gastrostomie. L'identification de la personne qui a réalisé les soins est également absente.

Soit 91 prestations pour la période du 01/04/2017 au 30/06/2017, introduites en remboursement du 08/05/2017 au 03/07/2017. L'indu pour l'ASSI s'élève à trois mille quatre cent quatre-vingt-sept euros et cinquante et un cents (3.487,51 €).

5. Monsieur G. (O.A. ... N°R.N.)

Dans le cas de cet assuré, les éléments relevant, concernant la planification et l'évaluation des soins, mentionnées dans le deuxième alinéa, ne sont pas mentionnés, au moins toutes les deux semaines, dans le dossier infirmier. Il n'y a pas de dossier soins complexes de plaie pour les soins de trachéotomie. L'identification de la personne qui a réalisé les soins est également absente.

Soit 92 prestations pour la période du 01/10/2016 au 31/12/2016, introduites en remboursement du 04/11/2016 au 11/01/2017. L'indu pour l'ASSI s'élève à trois mille quatre cent septante-quatre euros et quatre-vingt-sept cents (3.474,87 €).

6. Monsieur H. (O.A. ... N° R.N. ...)

Dans le cas de cet assuré, les éléments relevant, concernant la planification et l'évaluation des soins, mentionnées dans le deuxième alinéa, ne sont pas mentionnés, au moins toutes les deux semaines, dans le dossier infirmier. Il n'y a pas de dossier soins complexes de plaie pour les soins de gastrostomie. L'identification de la personne qui a réalisé les soins est également absente.

Soit 90 prestations pour la période du 01/01/2017 au 31/03/2017, introduites en remboursement du 07/02/2017 au 18/04/2017. L'indu pour l'ASSI s'élève à quatre mille six cent vingt-huit euros et dix cents (4.628,10 €).

Conclusion

L'infraction a été constatée, dans 6 cas d'assurés, pour la période de prestations allant du 01/10/2016 au 30/6/2017 et pour la période d'introduction auprès des organismes assureurs du 04/11/2016 au 03/07/2017, et ce, pour 544 prestations de santé « non conformes ».

2. Quant à l'indu

L'indu total pour l'Assurance Soins de Santé et Indemnités s'élève à vingt-trois mille quatre-vingt-six euros, vingt-six cents (23.086,26 €). Aucun remboursement n'a été effectué, malgré le document d'invitation au remboursement volontaire, adressé par le Service.

3. Quant aux amendes administratives

Législation applicable

Les prestations litigieuses ont été introduites auprès des organismes assureurs entre le 4 novembre 2016 et le 3 juillet 2017.

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

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

...

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

Quant au montant des amendes administratives

En l'espèce, le Service d'évaluation et de contrôle médicaux estime nécessaire de prononcer une amende administrative à charge de Madame A..

Pour établir le *quantum* des amendes, il est tenu compte de différents éléments.

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

Jusqu'à présent, aucun remboursement n'a été effectué.

La prestataire et sa société ont porté en compte à l'assurance des prestations non conformes.

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

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

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

Le montant indu qui en est résulté pour l'assurance obligatoire, soit 23.086,26 €, est important.

En tenant compte de tous ces éléments, le Fonctionnaire-dirigeant a décidé d'infliger, à Madame A., une amende effective de 25% pour le grief, soit 5.771,56 €.

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 le grief établi ;
- Condamne, solidairement, Madame A. et la SPRL B. à rembourser la valeur des prestations indues s'élevant à 23.086,26 € ;
- Condamne Madame A. à payer une amende effective de 25% de l'indu, soit une amende de 5.771,56 €.
- 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

Ainsi décidé à Bruxelles, le 03-03-2020

Le Fonctionnaire-dirigeant f.f.,