

DECISION DU FONCTIONNAIRE-DIRIGEANT DU 8 JUILLET 2013
Numéro de rôle : BRS/F/13-005

Madame A.
Praticiens de l'art infirmier

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

1. GRIEFS FORMULES

Trois griefs ont été formulés (voir pour le détail la note de synthèse précitée) concernant 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 :

1.1. Premier grief :

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

En l'occurrence, il s'agit d'un surscorage de l'échelle de Katz pour les toilettes d'une assurée.

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

1.1.1. Base légale et réglementaire

Art. 53 de la loi ASSI coordonnée le 14 juillet 1994 :

« (...) 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. (...) »

NPS Art. 8 §1^{er}, 1° II Art. 8, § 1^{er}, 2°, II

425294 Honoraires forfaitaires, dits forfait B, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire en semaine 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**

425692 Honoraires forfaitaires, dits forfait B, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire le week-end 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

425272 Honoraires forfaitaires, dits forfait A, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire en semaine 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**

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

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

En matière de toilettes, l'infirmière se sert des critères définis à l'article 8 §5 de la Nomenclature pour déterminer le degré de dépendance physique, ce qui lui permet de déterminer le forfait, prévu à l'article 8§1, qui est à attester.

NPS Art. 8 §5

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

1° **La dépendance physique** visée à la rubrique II du § 1er, 1°, 2° et 3° et à la rubrique IV du § 1er, 1° et 2° **est évaluée sur base de l'échelle d'évaluation reprise ci-après :**

a) Se laver :

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

b) S'habiller :

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

c) Transfert et déplacements :

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

d) Aller à la toilette

- (1) Est capable d'aller seul à la toilette, de s'habiller et de s'essuyer;
- (2) A besoin d'aide pour un des trois items : se déplacer ou s'habiller ou s'essuyer;
- (3) A besoin d'aide pour deux des trois items : se déplacer et/ou s'habiller et/ou s'essuyer;
- (4) A besoin d'aide pour les trois items : se déplacer et s'habiller et s'essuyer

e) Continence :

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

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

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

f) Manger :

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

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

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

(4) Le patient est totalement dépendant pour manger et boire."

2° Les honoraires forfaitaires visés à la rubrique II du § 1er, 1°, 2° et 3° 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° et 4°;

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

c) tous les actes techniques de soins infirmiers visés à l'annexe 1 de l'arrêté royal du 18 juin 1990, portant fixation de la liste des prestations techniques de soins infirmiers et de la liste des actes pouvant être confiés par un médecin à des praticiens de l'art infirmier, ainsi que les modalités d'exécution relatives à ces prestations et à ces actes et des conditions de qualification auxquelles les praticiens de l'art infirmier doivent répondre, qui ne sont pas repris à la rubrique I, B, à l'exception des prestations techniques spécifiques visées à la rubrique III du § 1er, 1°, 2° et 3°.

Les honoraires forfaitaires pour les patients diabétiques visés à la rubrique VI du § 1er, 1° et 2° peuvent être cumulés avec les honoraires forfaitaires pour des patients lourdement dépendants visés à la rubrique II du § 1er, 1°, 2° et 3°.

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

a) pour chaque bénéficiaire dans le chef duquel des honoraires forfaitaires visés à la rubrique II du § 1er, 1°, 2° et 3° et à la rubrique IV du § 1er, 1° et 2° ont été attestés, une toilette (prestations 425110, 425515 ou 425913) par journée de soins a été effectuée à l'exception des honoraires forfaitaires PP;

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

c) pour chaque forfait attesté, plusieurs des pseudo-codes suivants, correspondants aux prestations effectuées pendant la journée de soins doivent être mentionnés complémentirement au numéro de code de la nomenclature du forfait (...)

d) il faut au minimum deux visites par journée de soins pour pouvoir attester le forfait C et forfait PC.

4° Les honoraires forfaitaires visés à la rubrique II du § 1er, 1°, 2° et 3° et à la rubrique IV du § 1er, 1° et 2° doivent être attestés par le praticien de l'art infirmier ayant attesté la première prestation de cette même journée de soins.

Les cotations tiennent compte également des directives énoncées à ce propos par le Service des soins de santé et diffusées par le biais de la circulaire n° 2006/3 sous références 1240/OMZ-CIRC/INF-06-3F datée du 01.06.2006 et d'application depuis le 1^{er} juillet 2006.

« (...) 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 décentement.

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

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

1. Est continent pour les urines et les selles

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

Il existe trois possibilités:

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

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

Il existe deux possibilités:

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

4. Est incontinent pour les urines et les selles

Il existe deux possibilités :

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

Manger

1. Est capable de manger et de boire seul

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

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

Il existe deux possibilités:

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

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

Il existe deux possibilités:

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

4. Le patient est totalement dépendant pour manger et boire

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

1.1.2. Prestations en cause

Les prestations en cause concernent une assurée, Madame B. :

18 prestations 425294, W 7,371 Honoraires forfaitaires, dits forfait B, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire en semaine (prestations effectuées pendant la période allant du 21/12/2010 au 27/10/2011 et introduites au remboursement du 31/01/2011 au 30/11/2011)

8 prestations 425692, W 10,944 Honoraires forfaitaires, dits forfait B, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire le week-end (prestations effectuées pendant la période allant du 16/01/2011 au 30/10/2011 et introduites au remboursement du 28/02/2011 au 30/11/2011)

1.1.3. Argumentation

Pour l'assurée Madame B., Madame A. a attesté un forfait B.

Les cotations attribuées par le SECM et basées sur les directives citées au point 1.1.1. sont les suivantes :

Critères	Cotation initiale par Mme A.	Cotation par A. lors du contrôle	Cotation SECM
Se laver	4	4	3
S'habiller	4	4	3
Transfert et déplacements	3	3	3
Aller à la toilette	3	2	2
Continence	3	2	1
Manger	2	3	2
	FB	FA	FA

Ce constat effectué par le SECM est renforcé par l'audition le 13/03/2012 du fils de l'assurée, Monsieur C. (*pièces 129 à 141*) qui permet aussi aux infirmières contrôleuses de déclasser le forfait attesté pour Madame B. de B à A.

- ✓ Les critères « **se laver** » et « **s'habiller** » ne posent pas de difficulté dans la mesure où Madame A. a évalué pour ces deux critères un score de 4 et les infirmières contrôleuses un score de 3 : ces scores sont ceux prévus pour ces critères tant dans le cadre du forfait B que A (*cf NPS art. 8 § 1er 1° II et 2° II*).

- ✓ Pour le critère « **transfert et déplacements** », Monsieur C. indique que :
 « Pour **se lever** du lit, c'est moi qui la lève car elle ne peut le faire seule et ne dispose pas de perroquet... Lorsqu'elle est levée, elle **se déplace** seule dans la maison et parvient à se déplacer grâce aux meubles qui lui servent de repère. Elle n'a pas de canne, pas de béquille, pas de chaise roulante, pas de tribune de marche... ».

La circulaire 2006/3 (cf 1.1.1.) expose pour ce critère que le score de 3 correspond :
 « **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 »

Le score 3 retenu par les infirmières contrôleuses pour le critère « transfert et déplacement » est donc justifié au regard des difficultés de l'assurée à se déplacer la nuit.

- ✓ Pour le critère « **aller à la toilette** », Monsieur C. indique que :
 « Pour **aller à la toilette**, elle y va seule surtout la journée. Par contre la nuit, je dois l'aider pour sortir du lit et la conduire. Elle se débrouille seule pour aller à la toilette, se déshabille, s'essuie et se rhabille seule ».

La circulaire 2006/3 (cf 1.1.1.) expose pour ce critère que le score de 2 correspond :
 « **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 ».

Le score 2 retenu par les infirmières contrôleuses pour le critère « aller à la toilette » est donc justifié au regard des difficultés de Madame B. à se déplacer la nuit.

- ✓ Pour le critère « **continence** », Monsieur C. indique que : « Elle n'est **pas incontinente** ni pour les urines, ni pour les selles. Elle ne porte pas de protection et se débrouille seule sans jamais avoir d'accident d'incontinence... ».

La circulaire 2006/3 (cf 1.1.1.) expose pour ce critère que le score de 1 correspond :
 « **1. Est continent pour les urines et les selles** ».

Le score 1 retenu par les infirmières contrôleuses pour le critère « continence » est donc justifié au regard de la déclaration de son fils.

- ✓ Enfin, concernant le critère « **manger** », Monsieur C. indique que : « Pour **manger**, elle mange seule mais je dois préparer son assiette (viande coupée, légumes,...) et elle peut boire seule à partir du moment où c'est prêt devant elle. Elle dispose d'une petite bouteille d'eau en permanence près d'elle et se débrouille bien ».

La circulaire 2006/3 (cf 1.1.1.) expose pour ce critère que le score de 2 correspond :
 « **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. »

Le score 2 retenu par les infirmières contrôleuses pour le critère « manger » est donc justifié au regard de la déclaration de son fils.

En conclusion, le degré de dépendance évalué par le SECM permet d'attester, comme le prévoit la nomenclature des prestations de santé (*art. 8, §1^{er}, 1°, II et 2°, II*) un forfait A, à condition que le soin d'hygiène soit effectué.

1.1.4. Montant de l'indu

Le grief concerne :

18 prestations, de code 425294, W 7,371 Honoraires forfaitaires, dits forfait B, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire en semaine, pour 1 assurée pour la période du 21/12/2010 au 27/10/2011 et introduites au remboursement du 31/01/2011 au 30/11/2011, alors qu'auraient du être attestées 18 prestations de code 425272, W 3, 825 Honoraires forfaitaires, dits forfait A, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire en semaine

L'indu différentiel pour l'assurance est de **269,61 euros**.

8 prestations, de code 425692, W 10,944 Honoraires forfaitaires, dits forfait B, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire le week-end, pour 1 assurée pour la période du 16/01/2011 au 30/10/2011 et introduites au remboursement du 28/02/2011 au 30/11/2011, alors qu'auraient du être attestées 8 prestations de code 425670, W 5, 71 Honoraires forfaitaires, dits forfait A, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire en semaine

L'indu différentiel pour l'assurance est de **177,04 euros**.

Le montant total de l'indu pour ce grief s'élève à 446,65 euros.

1.2. Deuxième grief :

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

En l'occurrence, il s'agit d'un surscorage de l'échelle de Katz pour les toilettes d'une assurée.

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

1.2.1. Base réglementaire

La base réglementaire est identique à celle du paragraphe 1.1.1), avec les codes de nomenclature suivants à ajouter à l'article 8 §1^{er} de la Nomenclature des prestations de santé :

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

425110 : Soins d'hygiène (toilettes). Prestations effectuées au cours d'une séance de soins infirmiers au domicile ou à la résidence du bénéficiaire en semaine. **W 1,167**

425412 : Première prestation de base de la journée de soins. Prestations effectuées au cours d'une séance de soins infirmiers durant le week-end ou un jour férié au domicile ou à la résidence du bénéficiaire. **W 1,206**

425515 : Soins d'hygiène (toilettes). Prestations effectuées au cours d'une séance de soins infirmiers durant le week-end ou un jour férié au domicile ou à la résidence du bénéficiaire. **W 1,754**

1.2.2. Prestations en cause

Les prestations en cause concernent une assurée, Madame D. :

29 prestations 425294, W 7,371 Honoraires forfaitaires, dits forfait B, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire en semaine (prestations effectuées du 22/07/2010 au 21/03/2011 et introduites au remboursement du 12/08/2010 au 14/04/2011)

11 prestations 425692, W 10,944 Honoraires forfaitaires, dits forfait B, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire le week-end (prestations effectuées du 10/07/2010 au 10/04/2011 et introduites au remboursement du 12/08/2010 au 16/05/2011)

4 prestations x 425272, W 3,825 Honoraires forfaitaires, dits forfait A, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire en semaine (prestations effectuées du 13/07/2011 au 20/07/2011 et introduites au remboursement le 19/08/2011)

3 prestations x 425670, W 5,71 Honoraires forfaitaires, dits forfait A, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire le week-end et les jours fériés (prestations effectuées du 21/07/2011 au 24/07/2011 et introduites au remboursement le 19/08/2011)

1.2.3. Argumentation

Pour l'assurée Madame D., Madame A. a retenu un forfait B.

Les cotations attribuées par le SECM et basées sur les directives citées au point 1.1.1. sont les suivantes :

Critères	Cotation SECM pour la période du 10.07.2010 au 10.04.2011	Cotation SECM pour la période du 13.07.2011 au 20.07.2011	Cotation Mme WATHIEU lors de l'audition
Se laver	3	4	4
S'habiller	3	4	4
Transfert et déplacements	3	2	2
Aller à la toilette	2	2	2
Contenance	1	1	2
Manger	2	2	2
	FA	T7	FA

✓ **Pour la période du 10 juillet 2010 au 10 avril 2011**

L'infirmière conseil a opéré un déclassement du forfait B en forfait A en juillet 2011 (*cf PVA de Madame A.*)

Madame A. a justifié l'application d'un forfait B en raison des conséquences d'une hospitalisation de Madame D. suite à une fracture.

L'organisme assureur 506 a communiqué les dates d'hospitalisation de Madame D. (*Pièces n°112 à 128 - constat téléphonique du 19/07/2012*) : aucune hospitalisation n'a eu lieu durant la période sur laquelle portait le contrôle, à savoir entre juillet 2010 et juillet 2011 (la dernière hospitalisation de Madame D. remontait à 2009).

Madame A. ne pouvait donc manifestement pas attester un forfait B en expliquant que cela faisait suite à une hospitalisation de Madame D. liée à une fracture.

En effet, Madame A. avait reconnu que le forfait B n'était attesté que deux ou trois mois suite à une telle hospitalisation.

Madame A. ayant attesté le forfait B pendant près d'un an et demi, le SECM a déclassé le forfait B en forfait A pour la période contrôlée de juillet 2010 à avril 2011.

✓ **Pour la période du 13 au 20 juillet 2011**

Or, lors de l'audition du 15/03/2012 (*pièces n°112 à 128*), Madame E., infirmière sociale au ... a déclaré :

"...Je vous parle de Madame D., RN : ..., âgée de 87 ans...

A votre demande, je vous transmets copie de l'échelle de Katz à l'admission (annexe 2 au PVA, 2 feuilles) et copie de l'anamnèse d'entrée (annexe 3 au PVA, 3 feuilles)...

Comme vous pouvez le constater dans son anamnèse, Madame était continente à son arrivée, tant pour les urines que pour les selles.

A l'heure actuelle, elle est incontinente accidentellement pour les urines et pas pour les selles..."

L'échelle de Katz remplie à l'admission de Madame D. en MRPA était la suivante : 4-4-2-2-2-1-2

L'assurée à son entrée en MRPA avait donc un état de dépendance, selon l'échelle de Katz remplie à ce moment-là, correspondant à une toilette à l'acte sept fois par semaine et non à un forfait A, d'où la décotation opérée par le SECM du 13 au 24 juillet 2011.

1.2.4. Montant de l'indu

4 prestations, de code 425272, W 3,825 Honoraires forfaitaires, dits forfait A, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire en semaine, pour 1 assurée pour la période du 13/07/2011 au 20/07/2011 et introduites au remboursement le 19/08/2011.

L'indu différentiel pour l'assurance est de 30,08 euros.

3 prestations, de code 425670, W 5,71 Honoraires forfaitaires, dits forfait A, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire le week-end et les jours fériés, pour 1 assurée pour la période du 21/07/2011 au 24/07/2011 et introduites au remboursement le 19/08/2011.

L'indu différentiel pour l'assurance est de 34,86 euros.

29 prestations, de code 425294, W 7,371 Honoraires forfaitaires, dits forfait B, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire en semaine, pour 1 assurée pour la période du 22/07/2010 au 21/03/2011 et introduites au remboursement du 12/08/2010 au 14/04/2011.

L'indu différentiel pour l'assurance est de 620,10 euros.

11 prestations, de code 425692, W 10,944 Honoraires forfaitaires, dits forfait B, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire le week-end, pour 1 assurée pour la période du 10/07/2010 au 10/04/2011 et introduites au remboursement du 12/08/2010 au 16/05/2011.

L'indu différentiel pour l'assurance est de 356,10 euros.

Le montant total de l'indu différentiel au titre du deuxième grief s'élève à 1.041,14 €.

1.3. Troisième grief

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

En l'occurrence, il s'agit de prestations de soins palliatifs concernant un assuré qui ont été portées en compte alors que les conditions réglementaires de remboursement propres au patient palliatif n'étaient pas remplies.

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

1.3.1. Base réglementaire

NPS Art. 8 §1^{er},

1°, I, B

425316 Honoraires forfaitaires, dits forfait C, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire en semaine 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**

1°, IV

427011 Honoraires forfaitaires PC, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire, en semaine :

- 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)
- et qui répond à la définition du patient palliatif reprise au § 5bis, 1° **W 14,422**

2°, II

425714 Honoraires forfaitaires, dits forfait C, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire le week-end 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**

2°, IV

427092 Honoraires forfaitaires PC, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire, le week-end :

- 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)
- et qui répond à la définition du patient palliatif reprise au § 5bis, 1° **W 21,512**

NPS Art. 8 §5

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

1° La dépendance physique visée à la rubrique II du § 1er, 1°, 2° et 3° et à la rubrique IV du § 1er, 1° et 2° **est évaluée sur base de l'échelle d'évaluation reprise ci-après :**

a) Se laver :

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

b) S'habiller :

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

c) Transfert et déplacements :

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

d) Aller à la toilette

- (1) Est capable d'aller seul à la toilette, de s'habiller et de s'essuyer;
- (2) A besoin d'aide pour un des trois items : se déplacer ou s'habiller ou s'essuyer;
- (3) A besoin d'aide pour deux des trois items : se déplacer et/ou s'habiller et/ou s'essuyer;
- (4) A besoin d'aide pour les trois items : se déplacer et s'habiller et s'essuyer

e) Continence :

- (1) Est continent pour les urines et les selles;
- (2) Est accidentellement incontinent pour les urines ou les selles (sonde vésicale ou anus artificiel compris);
- (3) Est incontinent pour les urines (y compris exercices de miction) ou les selles;
- (4) Est incontinent pour les urines et les selles.

f) Manger :

- (1) Est capable de manger et de boire seul;
- (2) A besoin d'une aide préalable pour manger ou boire;
- (3) A besoin d'une aide partielle pendant qu'il mange ou boit;

(4) Le patient est totalement dépendant pour manger et boire."

2° Les honoraires forfaitaires visés à la rubrique II du § 1er, 1°, 2° et 3° 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° et 4°;
- b)** les prestations techniques de soins infirmiers visées à la rubrique I, B du § 1er, 1°, 2°, 3° et 4° à l'exception des prestations 424395, 424690 et 424852;
- c)** tous les actes techniques de soins infirmiers visés à l'annexe 1 de l'arrêté royal du 18 juin 1990, portant fixation de la liste des prestations techniques de soins infirmiers et de la liste des actes pouvant être confiés par un médecin à des praticiens de l'art infirmier, ainsi que les modalités d'exécution relatives à ces prestations et à ces actes et des conditions de qualification auxquelles les praticiens de l'art infirmier doivent répondre, qui ne sont pas repris à la rubrique I, B, à l'exception des prestations techniques spécifiques visées à la rubrique III du § 1er, 1°, 2° et 3°.

Les honoraires forfaitaires pour les patients diabétiques visés à la rubrique VI du § 1er, 1° et 2° peuvent être cumulés avec les honoraires forfaitaires pour des patients lourdement dépendants visés à la rubrique II du § 1er, 1°, 2° et 3°.

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

- a) pour chaque bénéficiaire dans le chef duquel des honoraires forfaitaires visés à la rubrique II du § 1er, 1°, 2° et 3° et à la rubrique IV du § 1er, 1° et 2° ont été attestés, une toilette (prestations 425110, 425515 ou 425913) par journée de soins a été effectuée à l'exception des honoraires forfaitaires PP;**
- b) l'infirmier tient un dossier** qui correspond aux dispositions du § 4, 2°;
- c) pour chaque forfait attesté, plusieurs des pseudo-codes suivants, correspondants aux prestations effectuées pendant la journée de soins doivent être mentionnés complémentirement au numéro de code de la nomenclature du forfait (...)**
- d) il faut au minimum deux visites par journée de soins pour pouvoir attester le forfait C et forfait PC.**

4° Les honoraires forfaitaires visés à la rubrique II du § 1er, 1°, 2° et 3° et à la rubrique IV du § 1er, 1° et 2° doivent être attestés par le praticien de l'art infirmier ayant attesté la première prestation de cette même journée de soins.

NPS Art. 8 §5bis

Précisions supplémentaires relatives aux honoraires visés aux rubriques IV et V du § 1er, 1° et 2°:

1° Dans le présent article, on entend par "patient palliatif", le bénéficiaire auquel a été accordé l'intervention forfaitaire dont il est question à l'article 2 de l'arrêté royal du 2 décembre 1999 déterminant l'intervention de l'assurance soins de santé obligatoire pour les médicaments, le matériel de soins et les auxiliaires pour les patients "palliatifs" à domicile visés à l'article 34, 14°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

2° Les prestations 427011, 427033, 427055, 427173, 427070, 427092, 427114, 427136, 427195 et 427151 ne peuvent être attestées qu'une seule fois par journée de soins et uniquement pour les jours où des soins infirmiers ont effectivement été dispensés.

3° Les honoraires forfaitaires visés à la rubrique IV du § 1er, 1° et 2° 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° et 4°;
- b)** les prestations techniques de soins infirmiers visées à la rubrique I, B du § 1er, 1°, 2°, 3° et 4° à l'exception des prestations 424395, 424690 et 424852;
- c)** tous les actes techniques de soins infirmiers visés à l'annexe 1 de l'arrêté royal du 18 juin 1990, portant fixation de la liste des prestations techniques de soins infirmiers et de la liste des actes pouvant être confiés par un médecin à des praticiens de l'art infirmier, ainsi que les modalités d'exécution relatives à ces prestations et à ces actes et des conditions de qualification auxquelles les praticiens de l'art infirmier doivent répondre, qui ne sont pas repris à la rubrique I, B, à l'exception des prestations techniques spécifiques visées à la rubrique III du § 1er, 1°, 2° et 3°;
- d)** les honoraires forfaitaires pour les prestations aux patients diabétiques, à l'exception des prestations 423216, 423231 et 423334 de la rubrique VI du § 1er, 1° et 2°.

Les honoraires supplémentaires pour les patients palliatifs visés à la rubrique V du § 1er, 1° et 2° peuvent être cumulés avec les prestations de la rubrique I et III du § 1er et avec les prestations 423216, 423231 et 423334 de la rubrique VI du § 1er, 1° et 2°.

4° Le praticien de l'art infirmier doit notifier au médecin-conseil l'attestation de ces prestations selon les dispositions du § 7, 5° du présent article.

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

a) garantisse la prise en charge permanente du patient (24 heures sur 24, 7 jours sur 7);
b) puisse faire appel à un praticien de l'art infirmier de référence avec connaissance en matière de soins palliatifs;

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

- enregistrement des symptômes;

- échelle de douleur;

- contacts avec la famille du patient;

- résultats des réunions de coordination.

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

et

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

Concernant ces pseudo-codes, on entend par "la nuit", la période entre 21 h le soir et 8 h le matin.

6° les honoraires forfaitaires PC ne peuvent être attestés que pour les jours où au moins deux visites ont eu lieu.

7° Les honoraires supplémentaires, visés à la rubrique V du § 1er, 1° et 2° couvrent à la fois toutes les prestations techniques de soins infirmiers reprises à l'annexe 1 de l'arrêté royal du 18 juin 1990 portant fixation de la liste des prestations techniques de soins infirmiers et de la liste des actes pouvant être confiés par un médecin à des praticiens de l'art infirmier, ainsi que des modalités d'exécution relatives à ces prestations et à ces actes et des conditions de qualification auxquelles les praticiens de l'art infirmier doivent répondre, qui ne sont pas reprises dans les rubriques I, B, à l'exception des prestations spécifiques reprises à la rubrique III du § 1er, 1°, 2° et 3°.

Arrêté Royal du 2 décembre 1999,

- art 3

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

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

2° dont l'évolution est défavorable, avec une détérioration sévère généralisée de sa situation physique/psychique;

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

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

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

6° ayant l'intention de mourir à domicile;

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

- annexe 1

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

1.3.2. Prestations en cause

Les prestations en cause concernent un assuré, Monsieur F. :

151 prestations 427011, W 14,422 Honoraires forfaitaires PC, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire en semaine (prestations effectuées du 10/07/2010 au 10/04/2011 et introduites au remboursement du 12/08/2010 au 30/11/2011).

28 prestations 427092, W 21,512 Honoraires forfaitaires PC, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire le week-end (prestations effectuées du 05/06/2010 au 30/10/2011 et introduites au remboursement du 31/07/2010 au 30/11/2011).

1.3.3. Argumentation

Le grief porte sur un surscorage de l'échelle de Katz, les infirmières contrôleuses ayant constaté que le patient, Monsieur F., ne répondait plus aux critères du patient palliatif (*pièces 87 à 102 - PV de constat visuel du 13 mars 2012*).

Lors de la première visite des infirmières-contrôleuses à l'assuré le 13/03/2012 à 10 heures 30, l'assuré était seul au domicile et est venu ouvrir la porte avec une tribune de marche. Il n'était pas appareillé d'un système d'oxygénothérapie (*pièces 87 à 102 - PV de constat visuel du 13 mars 2012*).

Le même jour, à 14 heures, les inspectrices se sont de nouveau présentées au domicile de l'assuré. Il n'était toujours pas appareillé et est venu les retrouver dans la cuisine où a eu lieu l'audition. Il s'est déplacé seul à l'aide de sa tribune de marche (*pièces 87 à 102 - PV de constat visuel du 13 mars 2012*).

Lors du contrôle, le degré de dépendance physique du patient a été évalué comme pouvant justifier l'application d'un forfait B (Echelle de Katz :4-4-3-3-2), mais en raison de son état fluctuant, un forfait C a été retenu par les infirmières contrôleuses.

Cet état de dépendance physique qui ne justifie plus l'attestation d'un forfait soins palliatifs, mais celle d'un forfait C, est confirmé par les éléments qui ressortent des auditions recueillies par les infirmières contrôleuses :

- Dans l'audition du 13/03/2012, Madame G., épouse de Monsieur F., a déclaré :
*"...Mon médecin traitant est le Docteur H. et également celui de mon mari. **Il vient systématiquement tous les 15 jours** et sur appel si nécessaire....
 L'équipe d'infirmières vient depuis 4 ans suite à une hospitalisation...
En principe, elles viennent 3 fois par jour et exceptionnellement 2 fois mais jamais la nuit. Ce sont elles qui organisent les 3 passages sur la journée. Ce n'est jamais sur appel...
Les infirmières font uniquement la toilette de mon mari. Il n'a aucun autre soin. Mon époux dort au rez-de-chaussée et moi, je dors à l'étage...
 Mon mari n'a pas de chaise roulante. **Il peut aller seul sur la chaise percée** qui se trouve juste à côté du lit.
 Son état s'est sensiblement aggravé depuis 2 ans. Il lui arrivait d'aller jusqu'au jardin mais toujours avec l'aide d'une tierce personne comme le kiné...
Je vous montre un cahier de coordination.
Seule la rubrique identité de l'infirmière est complétée et apparaissent les données des 3 infirmières : I(...), J(...) et K. (...) et apparait l'identité du patient : Monsieur F.*

Dans les communications interdisciplinaires apparaissent des observations des 3 infirmières à partir du 1^{er} février 2012 et il y a également 3 observations du médecin...

- Dans l'audition du 27/03/2012, le Docteur H., médecin traitant de Monsieur F. déclare :
 "... Sa dernière hospitalisation date de 2009 ...
 A ce moment, j'introduis la demande de forfait en février 2009 puis avril 2009....
 Pour moi, il pouvait **se laver le visage, les mains seul**. Quand je l'examine c'est moi qui le déshabille sinon cela prend trop de temps.
 Il se déplace jusqu'aux toilettes où il va seul. Il porte des langes : je ne connais pas la raison. Pour moi, **il pouvait manger seul** (on ne m'a pas dit le contraire).
 Vous me signalez qu'il n'y a plus de facturation kiné depuis septembre 2011.
 Je m'en étonne.
 Quand j'ai reçu le rapport de l'hôpital, j'ai introduit la demande de forfait que j'avais reçue de l'infirmière (comme dans 99 % des cas)...
 Vous m'interpellez sur les **réunions multidisciplinaires**. Je vous réponds **n'en avoir jamais eu pour ce patient mais j'ai des contacts réguliers avec les infirmières et le kiné** (qui est mon beau-frère)..."

En outre, **les conditions réglementaires pour obtenir le remboursement d'un forfait de soins palliatifs n'étaient pas respectées**, en raison :

- de l'absence de tenue de réunion interdisciplinaire (A.R. 2.12.1999, annexe I),
- de l'absence au dossier infirmier de mentions propres au patient palliatif (enregistrement des symptômes, échelle de douleur, contacts avec la famille du patient, résultats des réunions de coordination) (NPS art. 8 § 5bis 5^oc),
- et de l'absence de mention des pseudo-codes propres à la prise en charge des patients palliatifs (NPS art. 8 § 5, 3^oc).

Ces éléments suffisent à justifier à eux seuls le déclassement opéré par les infirmières contrôleuses du forfait soins palliatifs en forfait C.

Le SECM considère donc qu'au regard, d'une part, de l'état du patient apprécié en mars 2012 par les infirmières contrôleuses, soit trois ans après sa prise en charge comme patient palliatif, mais également, d'autre part, au vu du non respect par Madame A. des formalités administratives, cette dernière ne pouvait pas attester, pour la période contrôlée (du 5 juin 2010 au 30 octobre 2011), un forfait soins palliatifs mais un forfait C.

1.3.4. Montant de l'indu

Le grief concerne :

151 prestations, de code 427011, W 14,422 Honoraires forfaitaires PC, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire en semaine, pour 1 assuré pour la période du 10/07/2010 au 10/04/2011 et introduites au remboursement du 12/08/2010 au 30/11/2011, alors qu'auraient du être attestées 151 prestations, de code 425316, W 10,083, Honoraires forfaitaires, dits forfait C, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire en semaine.

L'indu différentiel pour l'assurance soins de santé est de 3390,75 euros.

28 prestations, de code 427092, W 21,512 Honoraires forfaitaires PC, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire, le week-end pour 1 assuré pour la période du 05/06/2010 au 30/10/2011 et introduites au remboursement du 31/07/2010 au 30/11/2011, alors qu'auraient du être attestées 28 prestations, de code

425714, W 15,017, Honoraires forfaitaires, dits forfait C, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire en semaine.

L'indu différentiel pour l'assurance soins de santé est de 941,00 euros.

Le montant total de l'indu différentiel au titre de ce grief s'élève à 4.331,75 €.

2. DISCUSSION

2.1. Fondement des griefs

2.1.1. Premier grief

Il ressort du dossier que les éléments matériels constitutifs de ce manquement sont réunis et prouvés.

En effet, lors de son audition du 17 juillet 2012, Madame A. a déclaré :

«...Vous me soumettez l'échelle de Katz. Il s'agit d'un forfait A.

***Je ne conteste pas la réalité** et j'accepte le remboursement du différentiel entre le forfait B et le forfait A...»*

Il ressort du procès verbal d'audition qu'elle n'a pas souhaité faire d'ajout.

Or, dans ses moyens de défense en date du 11 avril 2013, Mme A. conteste le bien fondé de ce grief et justifie l'application d'un forfait B (et non A) par la nécessité de faire une toilette complète compte tenu des exigences de la patiente :

« Pour Mme B. du 21/12/10 au 30/10/11 (soit 10 mois) seulement 26 passages. Mme B.a été hospitalisée du 02/12/10 au 10/12/10.Cette dame de nationalité italienne exige d'être savonnée plusieurs fois, rincée abondamment, essuyée tout autant..... sans omettre l'application de pommade sur tout le corps, les soins d'ongles incarnés récurant ou l'application occasionnelle de pommade vaginale 2x1jour... »

Les exigences qualitatives du patient en matière de toilette (être rincée abondamment ou savonnée plusieurs fois comme l'exigeait Madame B. selon Madame A.) n'entrent pas en compte dans le choix du forfait A ou B à attester : ce choix dépend exclusivement de l'appréciation **de l'état de dépendance physique** suivant les critères fixés par l'article 8 §5, 1° de la Nomenclature des prestations de santé et précisés par la circulaire n°2006/3.

En outre, il n'est pas reproché à Madame A. de ne pas avoir effectué de toilette complète de Madame B. Bien au contraire, réaliser une toilette complète est une condition pour pouvoir attester des honoraires forfaitaires A ou B (NPS, art. 8 §5, 3°, a). La Chambre de recours (FB-009-06, 12.01.2012), <http://inami.fgov.be/care/all/infos/jurisprudence/pdf/2012/20120112F02FR.pdf>) a récemment eu l'occasion de préciser ce qu'il fallait entendre par toilette complète :

*« La toilette **doit comprendre** l'ensemble des soins infirmiers se rapportant à la globalité des soins d'hygiène y compris préventif; elle se complète, le cas échéant par la mobilisation du patient. La toilette doit comprendre les soins d'hygiène, soit le bain, les soins de bouche, des dents, des ongles et de la chevelure. En d'autres termes, la toilette doit être complète. (...) »*

En outre, l'évaluation du critère « se laver » ne génère pas le déclassement du forfait B en A. Le score donné par Mme A. pour le critère « se laver » est de 4, celui donné par les infirmières contrôleuses est de 3. Or, pour attester un forfait A ou un forfait B, le critère « se laver » doit générer un score de 3 ou 4.

L'évaluation de l'état de dépendance physique de Madame B. effectuée par Madame A. lors de son audition par les infirmières contrôleuses le 17 juillet 2012 conduit lui-même à l'application d'un forfait A (4-4-3-2-2-3), dans la mesure où cette évaluation ne permet pas l'application d'un forfait B : si les critères « se laver » et « s'habiller » génèrent chacun un score de 4, celui des transferts et déplacement un score de trois, mais celui « aller à la toilette » génère un score de 2 qui ne permet pas l'application du forfait B, mais celle du forfait A.

Par ailleurs, comme vu au paragraphe 1.1.3), la déclaration du fils de Madame B., Monsieur C. (pièces 129 à 141) permet aussi aux infirmières contrôleuses de déclasser le forfait attesté pour Madame B. de B à A.

L'argumentation de Madame A. dans ses moyens de défense ne peut pas être retenue.

Le premier grief est donc incontestablement établi.

2.1.2. Deuxième grief

Il ressort du dossier que les éléments matériels constitutifs de ce manquement sont réunis et prouvés.

En effet, **lors de son audition du 17 juillet 2012**, Madame A. a reconnu le grief :

"...Il s'agit d'une patiente de Madame L. Je ne m'y suis pas rendue souvent.

Au départ, elle est tombée et nous y allions deux fois par jour.

Le forfait B était justifié du fait des deux passages.

Ensuite, l'infirmière conseil a déclassé en forfait A en juillet 2011.

Je ne possède plus le dossier infirmier de cette patiente. C'est le fils qui l'a gardé.

Ce que je peux vous dire c'est que cette dame a eu une fracture du bras gauche et après l'enlèvement du plâtre, la perte d'autonomie a duré deux mois.

Vous me soumettez l'échelle de Katz que je remplis. Il s'agit d'un T7.

En tenant compte du moment où a eu lieu la fracture, la durée du plâtre et la revalidation de deux mois (trois mois), j'accepte le différentiel entre le forfait B, A avec le T7..."

Or, dans ses moyens de défense, Mme A. conteste le bien fondé de ce grief :

« .Pour Mme D. du 10/07/10 au 24/07/11 (soit un peu plus d'un an) seulement 47 passages. . . .

*Mme D. a eu une fracture du bras fin août ou début septembre 2009. Elle a ensuite été hospitalisée du 17/09/09 au 24/10/09. Elle nécessitait 2 passages par jour, devait être entièrement déshabillée, lavée puis rhabillée le matin et mise en robe de nuit le soir. Le passage du soir s'est terminé début décembre 2009. Par contre, le matin, rien ne changeait, elle a souffert longtemps des suites de cette fracture. **Il est vrai qu'au fil du temps, elle allait mieux** mais elle est toujours restée dépendante pour sa toilette et donc pour moi est restée en forfait A. Et non en T7. »*

✓ **Sur le déclassement du forfait B en forfait A pour la période du 10/07/2010 au 10/04/2011**

Elle justifie l'application d'un forfait B (période visée : 10/07/2010 au 10/04/2011) par le fait que l'assurée se serait remise très lentement de sa fracture du bras en septembre 2009 :

Cependant Madame A. ne donne **aucune date précise**.

De plus, cette affirmation est en contradiction avec ce qu'elle a déclaré lors de son audition le 17 juillet 2012, au cours de laquelle elle avait admis que la revalidation de la fracture de Mme D. avait duré deux ou trois mois.

✓ **Sur le déclassement du forfait A en T7 pour la période du 13 au 24 juillet 2011**

Dans ses moyens de défense, Mme A. dénonce l'application d'un forfait T7 (retenu pour la période allant du 13 au 24 juillet 2011) et considère que l'état de dépendance de l'assurée a toujours justifié un forfait A.

Or, force est de constater qu'à son entrée en MRPA, l'état de dépendance physique de Madame D. a été évalué par la MRPA comme permettant d'attester une toilette à l'acte 7 jours par semaine (4-4-2-2-2-1). Il est donc manifeste qu'elle présentait cet état dans les jours qui ont précédé son entrée en maison de repos, ce qu'ont retenu les infirmières contrôleuses.

En outre, Madame A. affirme pour dénoncer le déclassement du forfait A en T7 que Madame D. est toujours restée dépendante du fait de sa toilette.

Or ce n'est pas sur le critère de la toilette que les infirmières contrôleuses se fondent pour opérer un tel déclassement, mais sur les critères « transfert et déplacement », « aller à la toilette », « continence » et « manger » (*cf ce qui a été évalué en MRPA*).

L'argumentation de Madame A. dans ses moyens de défense en date du 11 avril 2013 ne peut pas être retenue, dans la mesure où :

- elle est en contradiction avec ses propres déclarations lors de son audition du 17 juillet 2012,
- elle justifie l'application du forfait B au regard des difficultés de Madame D. à se remettre de sa fracture, alors que le forfait B a été attesté pendant près d'un an et demi après ladite fracture et Madame A. a indiqué que la revalidation avait du durer 2 ou 3 mois.

Le deuxième grief est donc manifestement établi.

2.1.3. Troisième grief

Dans ses moyens de défense, Madame A. refuse d'admettre la nécessité de reconnaître l'application d'un forfait C car :

- d'une part, l'assuré bénéficiait d'une reconnaissance palliative de février 2009 au 11 septembre 2012 (période contrôlée : juin 2010 à octobre 2011), de sorte que le SECM ne serait pas fondé à déclasser le patient.
- d'autre part, la décision de la reconnaissance palliative appartient au médecin et non à l'infirmière. Les infirmières contrôleuses auraient voulu lui faire dire pendant l'audition qu'une reconnaissance palliative n'était valable que 3 mois. Son allusion lors de l'audition du 17 juillet 2012 à l'oxygénothérapie était de l'humour noir.
- enfin, elle justifie la non-utilisation des pseudocodes par son souci de faire son travail consciencieusement en privilégiant l'humain sur l'administratif.

L'argumentation de Madame A. ne peut pas être retenue pour les raisons suivantes.

✓ Sur l'état de dépendance physique de Monsieur F.

D'une part, Le SECM est bien fondé à pouvoir déclasser rétroactivement le patient du forfait palliatif en forfait C, ainsi qu'il peut le faire pour tout honoraire forfaitaire attesté en présence d'une surévaluation de l'échelle de Katz.

L'organisme assureur de son côté est dans l'impossibilité de déclasser avec effet rétroactif pour les prestations introduites et remboursées, d'où le fait que la reconnaissance palliative n'ait été stoppée administrativement qu'au 11 septembre 2012. La notification du déclassement n'a été

envoyée qu'en septembre 2012 en raison des devoirs complémentaires et de l'audition des autres prestataires intervenant pour le patient.

Le premier argument de Madame A. ne peut donc pas être retenu.

D'autre part, il revient à l'infirmière d'introduire le formulaire de notification de la dispensation de soins palliatifs et d'apprécier l'état de dépendance physique du patient :

*« Un formulaire de notification de la dispensation de soins palliatifs visés aux rubriques IV et V du § 1er, 1° et 2°, est **complété par le praticien de l'art infirmier** et doit être adressé personnellement au médecin-conseil au plus tard dans les 10 jours calendrier qui suivent le premier jour du traitement. (...) **Le praticien de l'art infirmier qui complète ce type de formulaire, doit s'assurer que le patient concerné répond à la définition du § 5bis, 1° du présent article** ». (N.P.S., art. 8 §7, 5°)*

Il ressort bien du dossier infirmier que Madame A. a de manière régulière (les 9 avril 2009 et le 13 mars 2012 – pièces n°103 à 111) dû apprécier l'état de dépendance physique de Monsieur F., lorsqu'elle remplissait l'échelle d'évaluation destinée au médecin conseil.

Dans ces conditions, elle ne pouvait pas ignorer que l'état de dépendance d'un patient palliatif, comme tout patient, peut évoluer et donc s'améliorer et générer un changement de classement.

Le deuxième argument de Madame A. qui tend à rejeter la responsabilité du déclassement sur le médecin manque donc en droit et en fait.

✓ **Sur les manquements à l'accomplissement des formalités administratives**

Madame A. se contente de répondre à la non-utilisation des pseudo-codes liée à l'attestation d'un forfait palliatif, expliquant avoir privilégié l'humain sur l'administratif.

La raison d'être des formalités administratives est justement de permettre d'éviter les abus dans l'attestation des honoraires forfaitaires en donnant des repères qui permettent la vérification de ce qui est attesté et de la bonne utilisation des ressources des soins de santé, ce qui sert in fine les assurés.

Or, cet oubli à lui seul justifie le déclassement du forfait palliatif, l'infirmière ne pouvant pas attester un forfait palliatif sans accomplir ces formalités (NPS, art 8, § 5bis, 5°, d).

En outre, Madame A. ne répond pas aux deux autres formalités administratives qu'elle n'a pas effectuées (non tenue de réunion interdisciplinaire et absence au dossier infirmier des mentions propres au patient palliatif) et qui conditionnent le remboursement du forfait du patient palliatif (NPS, art 8, § 5bis, 5°, c et d).

Le troisième argument de Madame A. manque en droit.

Par conséquent, au regard de l'ensemble de ces éléments, le troisième grief est incontestablement établi.

2.2. Quant à l'indu

Les trois griefs ont entraîné des débours indus dans le chef de l'assurance obligatoire soins de santé.

Grief	Nb ASS	CODE	Nb P	Total P /Ass	Indu/ Code	Indu différentiel	DATE PREST.	DATES INTRO
NC	1	425294	18	18	269,61€	269,61€	21/12/2010 – 27/10/2011	31/01/2011 – 30/11/2011
		425692	8	8	177,04€	177,04€	16/01/2011 – 30/10/2011	28/02/2011 – 30/11/2011
NC	1	425272	4	4	30,08€	30,08€	13/07/2011 – 20/07/2011	19/08/2011
	1	425670	3	3	34,86€	34,86€	21/07/2011 – 24/07/2011	19/08/2011
	1	425294	29	29	620,10€	620,10€	22/07/2010 - 21/03/2011	12/08/2010 – 14/04/2011
	1	425692	11	11	356,10€	356,10€	10/07/2010 – 10/04/2011	12/08/2010 – 16/05/2011
NC	1	427011	151	151	3390,75€	3390,75€	01/06/2010 – 28/10/2011	31/07/2010 – 30/11/2011
-	1	427092	28	28	941,00€	941,00€	05/06/2010 – 30/10/2011	31/07/2011 – 30/11/2011
Total			252		5819,54 €			

Pour ces trois griefs, l'indu total a été évalué à **5.819,54 €**

Madame A. n'a pas procédé au remboursement volontaire de l'indu.

Eu égard au fait que les trois griefs ont été déclarés fondés, il y a lieu d'ordonner le remboursement de l'indu, en application de l'article 142 §1^{er}, 2° de la loi ASSI coordonnée le 14 juillet 1994, soit la somme de 5.819,54 €.

2.3. Quant à la sanction administrative

2.3.1. Quant au régime juridique de l'amende administrative

Plusieurs lois se sont succédé dans le temps :

1. A l'époque où les faits litigieux ont été commis, s'agissant de prestations de soins antérieures au 1er juillet 2011, les mesures applicables pour des prestations non conformes étaient 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 de la valeur des prestations concernées (*article 73bis, 2°, et article 142, §1er, al.1er, 2°, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994*).
2. La loi du 6 juin 2010 introduisant le Code pénal social (M.b. du 1er juillet 2010, p. 43.712), entrée en vigueur le 1er juillet 2011 (article 111 de la loi du 6 juin 2010), a toutefois introduit les modifications suivantes :
 - Sanction applicable aux dispensateurs de soins (article 225, 3° du C.P.S.) : soit une amende pénale de 50 à 500 €, soit une amende administrative de 25 à 250 € (article 101 du CPS), à majorer des décimes additionnels (article 102 du CPS).

3. La loi du 15 février 2012 (M.b. du 8 mars 2012, p. 14.267) a toutefois abrogé l'article 225, 3° du Code pénal social et a modifié l'article 169 de la loi ASSI coordonnée en précisant notamment que :

« Les infractions sont sanctionnées conformément au Code pénal social, à l'exception des infractions à charge des dispensateurs de soins et des personnes assimilées définies à l'article 2, n), visées et poursuivies conformément aux articles 73, 73bis, 138 à 140, 142 à 146bis, 150, 156, 164 et 174. »

La loi du 15 février 2012 est entrée en vigueur le dixième jour suivant celui de sa publication au Moniteur belge, soit le 18 mars 2012.

Dès lors, depuis le 18 mars 2012, les mesures visées au point 1 ci-dessus sont à nouveau d'application.

En conclusion, il est constaté que 3 régimes de sanctions se succèdent dans le temps, le 2^{ème} régime étant plus favorable que les 1^{er} et 3^{ème} régimes, par ailleurs similaires.

Or, en vertu de l'article 2 du Code pénal, qui instaure un principe général de droit, si la peine établie au temps du jugement diffère de celle qui était portée au temps où l'infraction fût commise, la peine la moins forte sera appliquée.

Si plus de deux législations se succèdent entre le moment où l'infraction a été commise et le moment où l'infraction est jugée, «(...) **Le juge appliquera donc la loi la plus douce, quelle qu'elle soit, et alors même qu'elle n'aurait été en vigueur ni lors de la commission de l'infraction ni lors du jugement.** Les travaux préparatoires du Code pénal sont formels à cet égard: «La peine ne se justifiant que par la nécessité, il suffit que, durant un instant, cette nécessité se soit modifiée pour que le prévenu puisse demander à la société le bénéfice de cette modification » (...) (F. KUTY, Principes généraux du droit pénal, Larcier, Bruxelles, t. 1, 2^{ème} éd., 2009, pp. 271-272).

Dans un litige où trois lois pénales se faisaient suite, la Cour de cassation a en effet estimé que la loi pénale la moins sévère trouvait à s'appliquer, et ce, même s'il s'agissait de la loi intermédiaire (Cass., 2^{ème} ch., 8 novembre 2005, RG P.50915N, disponible sur <http://www.jure.juridat.just.fgov.be>).

Dans le présent litige, la sanction la moins forte est la sanction prévue par le CPS et d'application du 1^{er} juillet 2011 au 17 mars 2012 inclus, soit la sanction de niveau 2 constituée soit d'une amende pénale de 50 à 500 € ou d'une amende administrative de 25 à 250 € (article 101 du CPS), à majorer des décimes additionnels (article 102 du CPS).

Par conséquent, la seule sanction qui peut le cas échéant être infligée en l'espèce est la sanction de niveau 2 prévue à l'article 101 du CPS soit une amende administrative de 25 à 250 € (article 101 du CPS), majorée des décimes additionnels (article 102 du CPS).

Quant aux décimes additionnels, l'article 1^{er} de la loi du 5 mars 1952 relative aux décimes additionnels sur les amendes pénales a été modifié par l'article 36 de la loi du 7 février 2003 portant diverses dispositions en matière de sécurité routière (M.b., 25 février 2003) : le mot « quarante » a été remplacé par le mot « quarante-cinq ».

«Ajouter un décime à une somme consiste à majorer cette somme d'un dixième de son montant. La majoration de quarante-cinq décimes équivaut donc à une multiplication par cinq et demi. » (voy. notamment Cass., 24.02.2010, P.09.1767.F et Cass., 10 mars 2010, P.09.1692.F).

Le montant des amendes doit donc être multiplié par 5,5 (amende administrative de 137,50 à 1.375 €).

2.3.2. Quant à l'amende administrative retenue

L'attestation des prestations par un dispensateur de soins repose sur une relation de confiance de la collectivité avec celui-ci qui doit impérativement se conformer scrupuleusement à la réglementation et aux formalités administratives à accomplir.

Le législateur a encadré de manière très précise les possibilités d'attester des honoraires forfaitaires, afin d'éviter les abus qui pourraient découler d'une utilisation négligente de ces forfaits.

Les règles de la Nomenclature des prestations de santé sont de stricte interprétation et doivent être appliquées rigoureusement car les dispensateurs de soins collaborent à un service public, ce qui repose sur un rapport de confiance notamment entre l'INAMI, les organismes assureurs et les dispensateurs de soins.

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

Il n'appartient pas aux dispensateurs de soins de faire une interprétation personnelle ou d'opportunité de la réglementation.

S'ils ne s'y conforment pas, ils brisent ce rapport de confiance et mettent en péril l'équilibre des deniers publics, ne permettant pas de vérifier l'existence d'une infraction.

En ne respectant pas la Nomenclature des prestations de santé, Madame A. a méconnu les obligations qui lui incombaient en sa qualité de dispensateur de soins et n'a pas fait preuve de professionnalisme.

Madame A. devait régulièrement évaluer l'état de dépendance physique des patients. Elle ne pouvait pas ignorer les dispositions de la Nomenclature qui concernent notamment la conformité obligatoire des cotations attribuées aux critères de dépendance physique à la réalité de l'état de dépendance des patients, ce d'autant qu'elle justifie d'une expérience de plus de dix ans dans la profession.

En outre, ces dispositions sont clairement énoncées aux articles 8§1, 8§5 et 8§5*bis* de la Nomenclature des prestations de santé.

Elle aurait donc du prendre en compte l'évolution de dépendance physique des patients pour attester le forfait correspondant à l'état réel du patient et non poursuivre l'application du forfait générant le plus d'honoraires pour elle.

Par ailleurs, Madame A. avait reconnu deux des trois griefs lors de son audition du 17 juillet 2012 : force est de constater qu'elle n'a jamais commencé à rembourser volontairement l'indu.

Eu égard à l'ensemble de ces éléments, **il est justifié de prononcer une amende administrative de 1.375 euros** (amende de 250 euros majorée des décimes additionnels, soit 250 x 5.5).

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 trois griefs établis ;
- Condamne Madame A. à rembourser la valeur des prestations indues s'élevant à 5.819,54 euros ;
- Condamne Madame A. à payer une amende administrative de 1375 euros.

Ainsi décidé à Bruxelles, le 08-07-2013

Le Fonctionnaire – dirigeant,

Dr Bernard HEPP
Médecin-directeur général