

DECISION DU FONCTIONNAIRE-DIRIGEANT DU 18 OCTOBRE 2013
BRS/F/13-012

Concerne : **Madame A**
Infirmière brevetée
SPRL B.

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

Plusieurs griefs ont été formulés 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 lui est reproché :

1.1. PREMIER GRIEF (à titre principal)

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

En l'espèce, il s'agit de cinq cas de bénéficiaires au nom desquels ont été portés en compte à l'assurance obligatoire soins de santé, des prestations non effectuées.

1.1.1. Base légale et réglementaire

La base réglementaire s'appuie sur le principe général qui veut que les prestations ne sont remboursables par l'assurance soins de santé et indemnités que pour autant qu'elles soient dûment effectuées au bénéfice de l'assuré.

C'est d'ailleurs la raison pour laquelle une « attestation de soins donnés » est établie et signée par le dispensateur de soins, selon la procédure définie à l'art. 53, alinéa 1^{er} de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 qui dispose que :

*« 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, § 1^{er}, cette mention est indiquée par le numéro d'ordre à ladite nomenclature. »*

1.1.2. Prestations en cause

Le grief est formulé pour 5 bénéficiaires et 5.079 prestations non effectuées, à savoir :

- 1.765 x 425014 W0,879 ;
- 1.776 x 425110 W1,167 ;
- 767 x 425412 W1,206 ;
- 771 x 425515 W1,754.

1.1.3. Argumentation

Le grief se fonde sur les déclarations des bénéficiaires ainsi que sur les déclarations de Madame A. (Cf pièces 483 à 504, 823 à 827, 1053 à 1057, 1122 à 1126 et 1240 à 1246).

Cas n°1 : C.

Durant la période du 1^{er} mai 2010 au 31 décembre 2011, Madame A. a porté en compte 361 premières prestations de base de semaine (425014 W 0,879), 361 toilettes de semaine (425110 W 1,167) ainsi que 158 premières prestations de base de WE (425412 W 1,206) et 158 toilettes de WE (425515 W 1,754) concernant M. C.

Les attestations de soins correspondantes ont été introduites au remboursement auprès des organismes assureurs entre le 23 mai 2011 et le 2 juillet 2012.

Interrogé le 18 février 2013, le bénéficiaire a déclaré (Cf pièces 825 et 826) :

« Je n'ai pas de soins d'infirmière. Mon épouse a une infirmière qui vient 3 fois par jour pour faire les piqûres d'insuline. C'est une infirmière de T.(...) »

On m'a fait 6 piqûres il y a 3 mois pour le rhumatisme. C'est la même infirmière que celle de Madame qui est venue me les faire. C'est une infirmière d'un groupe de T.

Une infirmière ne m'a jamais fait de toilette.

Jamais une infirmière ne m'a fait de pansement. (...)

Je me lave seul, complètement. Je me lave complètement le matin et je me lave encore 5 fois pendant la journée, chaque fois avant la prière.

Je prends un bain ou une douche tous les 2-3 jours.

Je m'habille seul. J'ai parfois un peu de mal pour les chaussettes mais ça va.

Je me déplace sans problème, à pied ou en voiture. Je vais 2-3 fois par jour en voiture à la mosquée à P.

Je n'ai pas besoin de canne ni de quoique ce soit. Je me lève du lit sans appui, je me relève du fauteuil sans appui. Je dors à l'étage.

Je vais à la toilette sans problème. C'est une toilette normale. Il n'y a pas de barres d'appui. Je m'essuie seul et après je me lave.

Je ne perds pas les urines. Il m'est arrivé une fois ou deux de perdre les urines et d'avoir mal en urinant. Mais le Docteur a donné des médicaments et ça va. Je ne porte pas de linge.

Je ne perds pas les selles.

Je n'ai pas de difficultés pour manger. Je fais le café et parfois le thé.

En général, le thé c'est Madame.

Je coupe seul ma viande sauf quand j'ai mal aux doigts. Je sais ouvrir une bouteille mais avec la main gauche.

Je vais faire les courses en voiture, au grand magasin.

En résumé, je me débrouille seul.

Je n'ai jamais eu d'infirmière qui est venue faire ma toilette. De toute façon je sais la faire seul ».

Interrogée à ce propos le 10 avril 2013, Madame A. a déclaré (Cf pièce 487) :

« Nous lisons ensemble ce que monsieur C. a déclaré le 18 février 2013.

Vous me demandez ce que je pense de ces déclarations.

*Je vous réponds que **les déclarations de M. C. sont exactes, je ne lui ai jamais fait de toilettes** ; je lui ai fait quelques injections avant qu'une autre infirmière vienne pour soigner son épouse ; il y a de cela plusieurs années.*

J'avais obtenu sa vignette de mutuelle quand je lui ai fait ses injections mais il y a plusieurs années je ne peux préciser quand.

Je suis la belle fille de M. C. et c'est son fils qui m'a conseillé d'agir comme je l'ai fait et de facturer des toilettes que je ne faisais pas. J'ai accepté de le faire tout en étant bien consciente que je ne pouvais pas agir de la sorte. J'ai donc obtenu de l'argent de la mutuelle auquel je n'avais pas droit. J'accepte donc le principe du remboursement des sommes que j'ai perçues indument ».

Il ressort tant des déclarations de Monsieur C. que de celles de Madame A. que les prestations de toilettes de semaine et de week-end et les premières prestations de base de semaine et de week-end attestées par cette dernière pour Monsieur C., au cours de la période litigieuse, n'ont pas été effectuées.

Le grief est formulé pour les prestations suivantes en tenant compte de la date des prestations :

Période du 01.05.2010 au 31.12.2011				
Prestations attestées et indues				
149	x	425014 à	2,76 €	soit 411,24 €
212	x	425014 à	2,79 €	soit 591,48 €
149	x	425110 à	3,66 €	soit 545,34 €
212	x	425110 à	3,70 €	soit 784,40 €
67	x	425412 à	3,78 €	soit 253,26 €
91	x	425412 à	3,83 €	soit 348,53 €
67	x	425515 à	5,49 €	soit 367,83 €
91	x	425515 à	5,57 €	soit 506,87 €
Soit un indu total de 3.808,95 €				

Cas n° 2 : D.

Durant la période du 1^{er} mai 2010 au 30 novembre 2011, Madame A. a attesté 337 premières prestations de base de semaine (425014 W 0,879), 337 toilettes de semaine (425110 W 1,167) ainsi que 147 premières prestations de base de WE (425412 W 1,206) et 147 toilettes de WE (425515 W 1,754) concernant Monsieur D.

Les attestations de soins correspondantes ont été introduites au remboursement auprès des organismes assureurs entre le 1^{er} novembre 2011 et le 2 juillet 2012.

Interrogé le 14 février 2013, Monsieur D. a déclaré (Cf pièces 890 à 892) :

« Je vis ici avec mon épouse. L'entretien se déroule en présence de celle-ci. (...)

J'ai été opéré d'une tumeur au colon, il y a 10 ans et depuis lors j'ai une poche.

Je n'ai pas de soucis avec la poche, j'en mets deux par jour et c'est la mutuelle qui me les fournit tous les 3 mois.

*Je change moi-même la poche. **J'ai eu une infirmière pendant 1 an après l'intervention ensuite c'est ma femme qui l'a fait. Quand il arrive qu'elle est hospitalisée ce sont les enfants qui prennent le relais (mon fils et ma belle fille). Cela fait bien 9 ans qu'il n'y a plus aucune infirmière qui vient. C'était A. c'est son prénom, mais son nom je ne le connais pas.** (...)*

***Je fais ma toilette seul, je l'ai toujours faite seul.** (...)*

Je me lave à l'évier. Avant j'avais une baignoire mais depuis 2 ans j'ai plutôt mis une douche parce qu'il m'était devenu difficile d'enjamber la baignoire.

Je prends une douche toutes les semaines et sans aucune adaptation ni aucune aide.

J'ai deux chiens ou plutôt le mien plus celui de mon fils et je les promène à midi et au soir. Je fais sûrement un km voire plus surtout si le temps est bon.

Je bricole encore et j'aide ma belle-fille et mon fils notamment il y a 3 ans, j'ai cassé la cage d'escalier pour changer l'escalier.

Je fais les courses avec mon épouse, le marché le mardi et les grandes surfaces le vendredi. Je conduis la voiture.

Mon état est globalement le même mais j'ai un peu plus difficile à récupérer depuis plus ou moins trois ans et demi. Je suis plus vite essoufflé et j'ai les jambes plus vite fatiguées.

J'ai posé aussi des klinkers dans la cour derrière chez moi il y a ± 2 ans ; c'était après la cage d'escaliers de ma belle-fille.

Ma chambre est à l'étage et je sens que depuis un petit moment, plus d'un an, je suis essoufflé mais ça va quand même.

Pour m'habiller, je me débrouille seul mais je ne peux pas rester plusieurs minutes avec les bras en l'air sinon j'ai mal. Pour les lacets aussi, j'ai un peu de mal mais je me débrouille.

Pour uriner, je dois pousser quand je dois aller mais je n'ai pas de fuite. (...)

Je vous confirme que la dernière fois qu'une infirmière est venue chez moi c'était en 2004, durant 1 an après l'intervention de l'intestin. (...)

Pour manger, il n'y a vraiment aucun problème. Je mange bien. C'est ma femme qui prépare les repas. »

Interrogée à ce propos le 10 avril 2013, Madame A. a déclaré (Cf pièce 487) :

« Nous lisons ensemble ce que monsieur D. a déclaré le 14 février 2013.

Vous me demandez ce que je pense de ces déclarations.

*Je vous réponds que **les déclarations de M. D. sont exactes je ne lui ai pas fait les toilettes en cause.** Il est exact qu'il y a plusieurs années que je ne ma suis rendue chez sans pouvoir affirmer qu'il y a huit ou neuf ans. **A l'époque j'avais obtenu ses coordonnées de mutuelle. Quand j'ai stoppé de donner des soins chez lui j'ai continuer à porter en compte des toilettes que je ne faisais pas.***

Il s'agit d'un cas similaire à celui de M. C. et comme pour lui je m'engage à rembourser les sommes que j'ai perçues indument de la mutuelle. (...) »

Il ressort tant des déclarations de Monsieur D. que de celles de Madame A. que les prestations de toilettes de semaine et de week-end et les premières prestations de base de semaine et de week-end attestées par cette dernière pour Monsieur D., au cours de la période litigieuse, n'ont pas été effectuées.

Le grief est formulé pour les prestations suivantes en tenant compte de la date des prestations :

Période du 03.10.2011 au 17.03.2012				
Prestations attestées et indues				
107	x	425014 à	2,76 €	soit 295,32 €
230	x	425014 à	2,79 €	soit 641,70 €
107	x	425110 à	3,66 €	soit 391,62 €
230	x	425110 à	3,70 €	soit 851,00 €
46	x	425412 à	3,78 €	soit 173,88 €
101	x	425412 à	3,83 €	soit 386,83 €
46	x	425515 à	5,49 €	soit 252,54 €
101	x	425515 à	5,57 €	soit 562,57 €
Soit un indu total de 3.555,46 €				

Cas n° 3 : E.

Durant la période du 1^{er} juillet 2010 au 30 septembre 2011, Madame A. a attesté, concernant E., 338 premières prestations de base de semaine (425014 W 0,879) et 349 toilettes de semaine (425110 W 1,167) ainsi que 146 premières prestations de base de WE (425412 W 1,206) et 150 toilettes de WE (425515 W 1,754). Les attestations de soins correspondantes ont été introduites au remboursement auprès des organismes assureurs entre le 23 mai 2011 et le 31 janvier 2012.

Interrogée le 14 février 2013, la bénéficiaire a déclaré (Cf pièces 1055 et 1056) :

« (...) Vous autorisez Monsieur F. mon époux et Madame G. ma fille à assister à notre entretien (...).

J'ai été opérée des 2 genoux, le gauche d'abord il y a 4 ans et le droit il y a un peu plus de 2 ans (...).

A part l'arthrose, je n'ai pas de gros problème de santé. Je fais encore le travail dans la maison mais à mon aise. Je n'ai pas de séances de kiné actuellement. J'en ai peut-être eu l'année passée. Je fais un peu de vélo d'appartement, 5-10 minutes. Je fais ça quand j'en ressens le besoin.

Vous me demandez si une infirmière me donne des soins actuellement. Je vous réponds non. La dernière fois qu'elle est venue c'était l'année passée, pour des séances de piqûres. L'infirmière qui est venue est H., une infirmière de S. dont nous avons parlé lors de l'entretien avec mon mari.

Nous parlons de l'infirmière A.. Elle n'est plus venue depuis plus de 2 ans. Elle m'a fait quelques toilettes après la deuxième opération du genou. Depuis elle n'est plus jamais venue ici. Il y a donc plus de 2 ans que l'infirmière A. ne m'a plus fait de toilettes.

Je me lave seule dans la baignoire, debout sous la douche. Je me savonne puis je me douche. Je m'habille seule. Je parviens à mettre seule le soutien-gorge, en l'agrafant par devant. J'ai du mal pour mettre les chaussettes mais mon mari m'aide. J'ai du mal pour marcher à cause de mes jambes. Je m'appuie sur mon mari si je dois marcher à l'extérieur. J'utilise parfois une canne. A l'intérieur je me déplace sans appui. Je dors à l'étage. Je monte les escaliers en me tenant à la rampe.

Pour sortir du lit, je dois m'appuyer. Pour le lever du fauteuil, je dois m'appuyer.

Je n'ai pas de problèmes pour aller à la toilette. C'est une toilette normale. J'enlève seule la culotte, je la remets seule. Je m'essuie seule. Je porte une protection la journée parce qu'il arrive que je perde les urines. Je ne porte pas de linge la nuit. Quand je dois uriner la nuit, je descends à la toilette.

Je ne perds pas les selles.

Je prépare les repas ; j'épluche les légumes. Je les fais cuire.

Je coupe seule la viande. Je sais ouvrir une bouteille, pas un bocal. Je fais moi-même la vaisselle. Je n'utilise pas le lave-vaisselle. Une aide ménagère vient 4 heures par semaine pour entretenir la maison. Mais je lui donne un coup de main.

En résumé, l'infirmière A. est venue me faire quelques toilettes après ma deuxième opération du genou, il y a plus de 2 ans. Elle ne faisait que me laver le visage et les pieds. Comme je n'étais pas contente, je lui ai dit de ne plus venir. Elle n'est donc plus jamais venue depuis plus de 2 ans ».

Interrogée à ce propos le 10 avril 2013, Madame A. a déclaré (Cf pièces 486) :

« Nous lisons ensemble ce que madame E. a déclaré le 14 février 2013.

Vous me demandez ce que je pense des déclarations de Madame E. et des remarques que vous avez faites dans ce cadre.

Je vous réponds que **Mme E. vous a déclaré la vérité je ne l'ai plus soignée depuis sa seconde opération en 2009.** J'ignorais qu'une autre infirmière lui avait fait des injections ce qui a posé problème car j'avais continué à facturer des toilettes non effectuées.

Comme pour les deux premiers cas, **j'ai donc perçu des remboursements de la mutuelle auxquels je n'avais pas droit et j'accepte le principe de les restituer ».**

Il ressort tant des déclarations de Madame E. que de celles de Madame A. que cette dernière n'a pas réalisé, au cours de la période litigieuse, les prestations qu'elle a attestées au nom de Madame E. (première prestation de base de semaine et de week end et toilettes de semaine et de week end).

Le grief est formulé pour les prestations suivantes en tenant compte de la date des prestations :

Période du 01.07.2010 au 30.09.2011

Prestations attestées et indues

169	x	425014	à	3,44 €	soit	581,36 €
169	x	425014	à	3,49 €	soit	589,81 €
169	x	425110	à	4,87 €	soit	823,03 €
180	x	425110	à	4,93 €	soit	887,40 €
75	x	425412	à	4,80 €	soit	360,00 €
71	x	425412	à	4,87 €	soit	345,77 €
75	x	425515	à	7,31 €	soit	548,25 €
75	x	425515	à	7,42 €	soit	556,50 €

soit un indu total de 4.692,12 €

Cas n° 4 : F.

Durant la période du 1^{er} juillet 2010 au 31 décembre 2011, Madame A. a attesté, concernant Monsieur F., 379 premières prestations de base de semaine (425014 W 0,879), 0,879), 1,459) et 379 toilettes de semaine (425110 W 1,167 ainsi que 165 premières prestations de base de WE (425412 W 1,206) et 165 toilettes de WE (425515 W 1,754). Les attestations de soins correspondantes ont été introduites au remboursement auprès des organismes assureurs entre le 19 mai 2011 et le 28 juin 2012.

Interrogé le 14 février 2013, le bénéficiaire a déclaré (Cf pièces 1124 et 1125) :

« Vous autorisez Madame E. mon épouse et Madame G. ma fille à assister à notre entretien. (...)

Je n'ai pas d'infirmière sauf quand je dois faire des piqûres. **Ces deux dernières années je n'ai pas vu d'infirmière.**

Quand j'ai besoin d'une infirmière, je téléphone à un centre à Q.. Ce centre en envoie une. Mais maintenant je ferais plutôt appel à H. de S. Je me lave seul le haut et le bas du corps; pour le reste c'est mon épouse qui m'aide. Je me lave dans la baignoire et je fais couler la douche. Je reste debout. Si je m'assieds dans la baignoire je ne saurais plus me relever.

Je m'habille seul. J'ai des difficultés pour mettre les chaussettes.

Je me déplace sans aide : pas de canne, pas de tribune. Ce matin, quand vous êtes passé, j'étais parti en bus à R. J'ai été faire quelques petites courses. Je n'ai pas besoin d'aide pour sortir du lit; j'ai bien un peu de mal mais j'en sors. Pour me lever d'un fauteuil, je dois prendre un appui.

Je n'ai pas de problème pour aller à la toilette, C'est une toilette normale. Il n'y a pas de barre dans la toilette. Je m'essuie seul et je parviens à remettre mon slip tout seul.

Je ne perds pas les urines mais quand le besoin est là, ça ne peut pas attendre. Je ne suis pas mouillé le matin. Je ne porte pas de linge.

Je ne perds pas les selles non plus.

Je n'ai pas besoin d'aide pour manger. J'aide parfois mon épouse pour éplucher les légumes. Je prépare le café le matin, je prépare les tartines. S'il fallait, je saurais réchauffer un plat préparé. Je n'ai pas de problème pour couper la viande. Je sais ouvrir une bouteille. Je précise que je fais les courses avec une charrette. Je ne sais plus soulever du lourd.

Pour l'entretien de la maison, une aide ménagère vient 4 heures par semaine.

Vous me demandez si le nom de A., une infirmière, me dit quelque chose.

Je vous réponds oui, c'est une infirmière algérienne.

Elle est parfois venue, il y a longtemps, pour me faire des piqûres. Il y a bien plus de 2 ans qu'elle n'est plus venue.

Quand elle est venue, elle n'a jamais fait de toilette ni à moi ni à mon épouse.

Mon épouse rectifie que A. lui a fait quelques toilettes à son retour de l'opération du genou droit il y a un peu plus de 2 ans.

Actuellement quand on a besoin d'une infirmière, on appelle H., une infirmière de S. (...)

En résumé, l'infirmière A. ne m'a jamais fait de toilettes. Tout au plus m'a-t-elle fait quelques piqûres mais c'était il y a bien plus de 2 ans ».

Interrogée à ce propos le 10.04.2013, Madame A. a déclaré (Cf pièce 486) :

« Nous lisons ensemble ce que monsieur F. a déclaré le 14 février 2013.

Vous me demandez ce que je pense de ces déclarations.

Je vous réponds M. F. vous a fait des déclarations correctes, pour lui également j'ai porté en compte des toilettes que je n'ai pas effectuées et j'accepte de rembourser les sommes que j'ai reçues indument de la mutuelle.

J'avais soigné son épouse il y a longtemps et j'avais pu obtenir leurs coordonnées de mutuelle ».

Il ressort tant des déclarations de Monsieur F. que de celles de Madame A. que cette dernière n'a pas effectué les premières prestations de base de semaine et de week-end et les toilettes de semaine et de week-end qu'elle a attestées pour Monsieur F., au cours de la période litigieuse.

Le grief est formulé pour les prestations suivantes en tenant compte de la date des prestations :

Période du 01.07.2010 au 31.12.2011

Prestations attestées et indues

129	x	425014	à	2,76 €	soit	356,04 €
250	x	425014	à	2,79 €	soit	697,50 €
129	x	425110	à	3,66 €	soit	472,14 €
250	x	425110	à	3,70 €	soit	925,00 €
55	x	425412	à	3,78 €	soit	207,90 €
110	x	425412	à	3,83 €	soit	421,30 €
55	x	425515	à	5,49 €	soit	301,95 €
110	x	425515	à	5,57 €	soit	612,70 €

Soit un indu total de 3.994,53 €

Cas n° 5 : l.

Durant la période du 1^{er} juillet 2010 au 31 décembre 2011, Madame A. a attesté 350 premières prestations de base de semaine (425014 W 0,879) et 350 toilettes de semaine (425110 W 1,167 ainsi que 151 premières prestations de base de WE (425412 W 1,206) et 151 toilettes de WE (425515 W 1,754). Les attestations de soins correspondantes ont été introduites au remboursement auprès des organismes assureurs entre le 31 mai 2011 et le 29 juin 2012.

Interrogé le 14 février 2013, le bénéficiaire a déclaré (Cf pièces 1242 à 1245) :

« Vous me demandez si j'ai besoin d'une infirmière pour ma toilette ?

Je vous réponds que je fais toujours ma toilette moi-même avec l'aide de mon épouse pour le dos. Je fais ma toilette, moi-même, tous les jours à l'évier sans aide pour tenir debout.

Il n'y a pas d'infirmière qui vient pour moi. Par contre, ma femme a dû avoir recours à une infirmière qui ne vient plus depuis 1 ou 2 mois. Elle venait trois fois par semaine l'aider à sa toilette; c'était le mardi, le jeudi et le samedi. Mon épouse a été opérée du genou gauche en février 2012 et elle est venue depuis le retour de l'hôpital de ma femme. Aux fêtes de fin de l'année 2012, elle ne venait déjà plus. Elle venait uniquement pour faire les pieds. Elle a aussi dû faire ses piqûres dans le ventre pour des phlébites. Vous me demandez le nom de l'infirmière.

Je vous réponds que je ne sais plus que son prénom : c'était A.

Auparavant, elle était venue soigner ma belle-mère qui est décédée il y a 10 ans.

Nous ne payions pas l'infirmière, nous ne donnions qu'une vignette.

Vous me demandez si elle est venue pour moi ?

Je vous réponds que non, elle n'est jamais venue pour moi. La dernière fois que j'ai eu besoin d'une infirmière c'était après mes pontages, quand j'avais 59 ans plus ou moins, pour des piqûres dans le ventre et c'était ma fille qui les avait faites. (...)

Vous me demandez si j'ai des difficultés pour m'habiller.

Je vous réponds que je peux tout faire en prenant le temps. Je n'ai eu en fait de difficultés que pour mettre mes chaussettes et là c'est mon épouse qui m'aide comme pour les tirer. Pour les lacets c'est elle aussi qui les fait quand c'est nécessaire.

Vous me demandez où se trouve ma chambre Elle se trouve à l'étage. Depuis un an ou deux je suis essoufflé quand j'arrive en haut de l'escalier. On envisage donc de déplacer la chambre au rez-de-chaussée.

Ma fille a des poules au fond du jardin et c'est moi qui m'en occupe quand il fait bon.

Je fais de l'angine de poitrine mais n'ai plus eu de crise depuis un certain temps.

Je me déplace à pied mais suis essoufflé au bout de 75 à 100 m.

Je conduis encore la voiture sans problème.

Vous me demandez comment cela va pour la toilette ?

Il y a deux ans nous avons installé un pot plus haut au WC, de 50 cm. Je me tiens au montant de la porte pour me redresser. Pour m'essuyer je peux le faire seul. Pour les urines il n'y a pas de problème et je n'ai pas de fuite.

Je suis juste un peu constipé. Je prends du Movical régulièrement.

Vous me demandez pour la nourriture comment ça se passe ?

Je vous réponds que j'ai bon appétit, et que c'est ma femme qui fait la cuisine.

Je n'ai jamais eu l'habitude de faire la cuisine mais j'aide ma femme dans la préparation, l'épluchage des légumes.

J'ai un potager que ma femme entretient depuis les pontages à cause des douleurs au sternum qui surviennent quand je me baisse.

*Pour couper la viande, je n'ai pas besoin d'aide.
J'ai des difficultés pour lever les bras mais j'utilise des trucs pour mettre un pull ou d'autres vêtements ».*

Interrogée à ce propos le 10.04.2013, Madame A. a déclaré (Cf pièces 486 et 488) :

« Nous lisons ensemble ce que monsieur I. a déclaré le 14 février 2013.

Vous me demandez ce que je pense de ces déclarations.

Je vous réponds M. I. vous a fait des déclarations qui sont exactes, je ne lui ai jamais fait de toilettes

mais j'ai soigné son épouse chez qui j'ai fait des toilettes et des piqûres.

Ici également j'ai perçu indument des remboursements de la mutuelle que j'accepte de restituer ».

Il ressort tant de la déclaration de Monsieur I. que de celle de Madame A. que cette dernière n'a pas effectué les premières prestations de base de semaine et de week-end et les toilettes de semaine et de week-end qu'elle a attestées pour Monsieur I., au cours de la période litigieuse.

Le grief est formulé pour les prestations suivantes en tenant compte de la date des prestations :

Période du 01.07.2010 au 31.12.2011					
Prestations attestées et indues					
120	x	425014	à	2,76 €	soit 331,20 €
230	x	425014	à	2,79 €	soit 641,70 €
120	x	425110	à	3,66 €	soit 439,20 €
230	x	425110	à	3,70 €	soit 851,00 €
51	x	425412	à	3,78 €	soit 192,78 €
100	x	425412	à	3,83 €	soit 383,00 €
51	x	425515	à	5,49 €	soit 279,99 €
100	x	425515	à	5,57 €	soit 557,00 €
soit un indu total de 3.675,87 €					

1.1.4. Montant de l'indu

Prestations concernées par le grief

Cas	Bénéficiaire	425014	425110	425412	425515	Total
1	C.	361	361	158	158	3.808,95 €
2	D.	337	337	147	147	3.555,46 €
3	E.	338	349	146	150	4.692,12 €
4	F.	379	379	165	165	3.994,53 €
5	I.	350	350	151	151	3.675,87 €

Prestations concernées par le grief

Cas	Bénéficiaire	425014	425110	425412	425515	Total
		1.765	1.776	767	771	
	Totaux				5.079	19.726,93 €

Le grief concerne 5.079 prestations pour 5 assurés. Ces prestations n'auraient pas dû être attestées.

Pour ce grief, l'indu total a été évalué à 19.726,93 €.

Madame A. et la SPRL B. ont procédé au remboursement total de l'indu le 12 avril 2013, après avoir signé une déclaration de remboursement volontaire de l'indu (*Cf pièces 1508 et 1509*).

1.2. DEUXIEME GRIEF : PRESTATIONS NON CONFORMES (pour partie à titre principal et pour partie à titre subsidiaire)

Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer des documents réglementaires visés dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans ladite loi, ses arrêtés d'exécution ou les conventions ou accords conclus en vertu de cette même loi, au sens de l'article 73bis 2°, s'agissant de soins infirmiers effectués à domicile alors que le dossier infirmier est inexistant ce qui rend ces prestations non remboursables au sens de l'article 8, § 3, 5° de la nomenclature.

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

Le grief est formulé, à titre principal, dans six cas énoncés ci-après et, à titre subsidiaire, dans 5 cas (C., D., E., F. et I. qui ont été développés au premier grief et pour lesquels aucun dossier médical n'est tenu).

1.2.1. Base légale et réglementaire

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

Ainsi, l'article 8 de la nomenclature prévoit notamment que :

« **Art. 8, § 3. Aucuns honoraires ne sont dus : (...)**

5° lorsque la tenue du dossier infirmier mentionné au § 4, 2°, § 5ter et § 8 est incomplète. (...)

§ 4. Précisions relatives aux prestations visées à la rubrique I du § 1^{er}, 1°, 2°, 3° et 4° (...)

2° sous réserve des dispositions particulières du § 5ter, § 6, 4° et § 8 du présent article, **le 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) ;
- les données d'identification du prescripteur ;
- la planification et l'évaluation des soins ;
- l'identification des soins effectués au cours de chaque journée de soins ;
- l'identification des praticiens de l'art infirmier qui ont dispensé ces soins ».

1.2.2. Prestations en cause

Le grief est formulé à titre principal pour 6 bénéficiaires et 5.603 prestations non conformes, à savoir :

- **1.914** x 425014 W0,879 ;
- **5** x 425036 W 0,879 ;
- **1.913** x 425110 W1,167 ;
- **49** x 423076 W 0,484767 ;
- **16** x 424336 W 1,459 ;
- **837** x 425412 W1,206 ;
- **4** x 425434 W 1,206 ;
- **835** x 425515 W1,754 ;
- **25** x 423275 W 0,730 ;
- **5** x 424491 W 2,189.

A titre subsidiaire, le grief est formulé pour toutes les prestations citées à titre principal au grief n° 1 pour les cas C., D., E., G. et I.

1.2.3. Argumentation

Le grief se fonde sur les déclarations de Madame A. en date du 27 février 2013 (Cf pièce 457) :

« Vous me soumettez une liste d'assurés. Je paraphé cette liste. Vous me demandez de vous fournir les dossiers individuels de chacun des ces assurés.

Je n'ai pas de dossier infirmier pour aucun de ces assurés.

Vous m'expliquez en quoi, selon la législation, doit consister le dossier infirmier. Vous faites référence à l'article 8§4 de la nomenclature des prestations de santé. Vous me laissez un exemplaire de l'article 8 de la nomenclature. **Je reconnais que je ne tiens pas de dossier infirmier pour chaque patient à qui je dispense des soins.**

Vous attirez également mon attention sur le fait qu'en vertu de l'article 8§3 de la nomenclature, aucun honoraire n'est dû lorsqu'il n'y a pas de dossier infirmier ou que ce dossier n'est pas complet ou conforme à la législation.

Je m'engage formellement à tenir dès demain des dossiers infirmiers conformes pour chacun des mes patients. »

Le grief se fonde également sur les déclarations de Madame A. en date du 10.04.2013 (Cf pièces 488 et 490) :

« Nous lisons ensemble les bases légales sur lesquelles repose ce grief.

Vous me dites que **je n'ai pas pu vous produire de dossier infirmier individuel** lors de votre passage à mon domicile le 27.02.2013 et qu'à cette occasion je vous ai déclaré ne pas tenir de dossier infirmier individuel des patients à qui je dispense des soins.

Je vous confirme ce qui précède. (...)

Je marque mon accord avec le grief que vous avez formulé ; j'ignorais jusqu'au 27 février 2013 que le remboursement des prestations était lié à la tenue du dossier infirmier individuel. Je vous ai montré que depuis cette date j'ai constitué des dossiers conformes aux exigences de la nomenclature.

Pour le passé et les cas repris au grief n° 2 à titre principal j'accepte également de rembourser les sommes que j'ai perçues indument de la mutuelle en raison de l'absence totale d'un dossier conforme à l'article 8, § 3, 5° de la nomenclature ».

Cas n° 1 : J.

Durant la période du 1^{er} juillet 2010 au 31 décembre 2011, Madame A. a attesté, pour Madame J., 373 premières prestations de base de semaine (425014 W 0,879), 373 toilettes de semaine (425110 W 1,167), 19 injections de semaine (423076 W 0,484) et 11 soins de plaie simple de semaine (424336 W 1,459) ainsi que 163 premières prestations de base de WE (425412 W 1,206), 163 toilettes de WE (425515 W 1,754), 11 injections de WE (423275 W 0,730) et 1 soin de plaie simple de WE (424491 W 2,189), sans avoir, comme elle l'a indiqué dans ses déclarations des 27 février et 10 avril 2013, tenu de dossier infirmier (*pièces 457 et 488*). Les attestations de soins correspondantes ont été introduites au remboursement auprès des organismes assureurs entre le 31 mai 2011 et le 29 juin 2012.

Le grief est formulé pour les prestations suivantes en tenant compte de la date des prestations :

Période du 01.07.2010 au 31.12.2011				
Prestations attestées et indues				
123	x	425014 à	3,44 €	soit 423,12 €
250	x	425014 à	3,49 €	soit 872,50 €
123	x	425110 à	4,87 €	soit 599,01 €
250	x	425110 à	4,93 €	soit 1.232,50 €
19	x	423076 à	2,02 €	soit 38,38 €
7	x	424336 à	5,39 €	soit 37,73 €
4	x	425336 à	6,08 €	soit 24,32 €
53	x	425412 à	4,80 €	soit 254,40 €
110	x	425412 à	4,87 €	soit 535,70 €
53	x	425515 à	7,31 €	soit 387,43 €
110	x	425515 à	7,42 €	soit 816,20 €
11	x	423275 à	3,04 €	soit 33,44 €
1	x	424491 à	8,43 €	soit 8,43 €
soit un indu total de 5.263,16 €				

Cas n° 2 : K.

Durant la période du 1^{er} juillet 2010 au 31 décembre 2011, Madame A. a attesté, pour Madame K., 237 premières prestations de base de semaine (425014 W 0,879) et 237 toilettes de semaine (425110 W 1,167) ainsi que 102 premières prestations de base de WE (425412 W 1,206) et 102 toilettes de WE (425515 W 1,754), sans avoir, comme elle l'a indiqué dans ses déclarations des 27 février et 10 avril 2013, tenu de dossier infirmier (*pièces 457 et 488*). Les attestations de soins correspondantes ont été introduites au remboursement auprès des organismes assureurs entre le 1^{er} novembre 2011 et le 2 juillet 2012.

Le grief est formulé pour les prestations suivantes en tenant compte de la date des prestations :

Période du 01.07.2010 au 31.12.2011				
Prestations attestées et indues				
111	x	425014 à	2,76 €	soit 306,36 €
126	x	425014 à	2,79 €	soit 351,54 €
111	x	425110 à	3,66 €	soit 406,26 €
126	x	425110 à	3,70 €	soit 466,20 €

49	x 425412 à	3,78 €	soit	185,22 €
53	x 425412 à	3,83 €	soit	202,99 €
49	x 425515 à	5,49 €	soit	269,01 €
53	x 425515 à	5,57 €	soit	295,21 €
				soit un indu total de 2.482,79 €

Cas n° 3 : L.

Durant la période du 1^{er} juillet 2010 au 31 décembre 2011, Madame A. a attesté, pour Madame L., 359 premières prestations de base de semaine (425014 W 0,879), 5 deuxièmes prestations de base de semaine (425036 W 0,879), 358 toilettes de semaine (425110 W 1,167) et 26 injections de semaine (423076 W 0,484) ainsi que 160 premières prestations de base de WE (425412 W 1,206), 4 deuxièmes prestations de base de WE (425434 W 1,206), 158 toilettes de WE (425515 W 1,754) et 12 injections de WE (423275 W 0,730), sans avoir, comme elle l'a indiqué dans ses déclarations des 27 février et 10 avril 2013, tenu de dossier infirmier (*pièces 457 et 488*). Les attestations de soins correspondantes ont été introduites au remboursement auprès des organismes assureurs entre le 1^{er} novembre 2011 et le 2 juillet 2012.

Le grief est formulé pour les prestations suivantes en tenant compte de la date des prestations :

Période du 01.07.2010 au 31.12.2011				
Prestations portées en compte et indues				
111	x 425014 à	3,44 €	soit	381,84 €
248	x 425014 à	3,49 €	soit	865,52 €
5	x 425036 à	3,49 €	soit	17,45 €
111	x 425110 à	4,87 €	soit	540,57 €
247	x 425110 à	4,93 €	soit	1.217,71 €
5	x 423076 à	1,98 €	soit	9,90 €
21	x 423076 à	2,05 €	soit	43,05 €
49	x 425412 à	4,80 €	soit	235,20 €
111	x 425412 à	4,87 €	soit	540,57 €
49	x 425515 à	7,31 €	soit	358,19 €
109	x 425515 à	7,42 €	soit	808,78 €
12	x 423275 à	3,09 €	soit	37,08 €
4	x 425434 à	4,87 €	soit	19,48 €
				Soit un indu total de 5.075,34 €

Cas n° 4 : M.

Durant la période du 1^{er} juillet 2010 au 31 décembre 2011, Madame A. a attesté, pour Madame M., 267 premières prestations de base de semaine (425014 W 0,879) et 267 toilettes de semaine (425110 W 1,167) ainsi que 114 premières prestations de base de WE (425412 W 1,206) et 114 toilettes de WE (425515 W 1,754), sans avoir, comme elle l'a indiqué dans ses déclarations des 27 février et 10 avril 2013, tenu de dossier infirmier (*pièces 457 et 488*). Les attestations de soins correspondantes ont été introduites au remboursement auprès des organismes assureurs entre le 1^{er} novembre 2011 et le 2 juillet 2012.

Le grief est formulé pour les prestations suivantes en tenant compte de la date des prestations :

Période du 01.07.2010 au 31.12.2011				
Prestations portées en compte et indues				
129	x 425014 à	3,44 €	soit	443,76 €

138	x 425014 à	3,49 €	soit	481,62 €
129	x 425110 à	4,87 €	soit	628,23 €
138	x 425110 à	4,93 €	soit	680,34€
55	x 425412 à	4,80 €	soit	264,00 €
59	x 425412 à	4,87 €	soit	287,33 €
55	x 425515 à	7,31 €	soit	402,05 €
59	x 425515 à	7,42 €	soit	437,78 €
Soit un indu total de 3.625,11 €				

Cas n° 5 : N.

Durant la période du 1^{er} juillet 2010 au 31 décembre 2011, Madame A. a attesté, pour Madame N., 298 premières prestations de base de semaine (425014 W 0,879), 298 toilettes de semaine (425110 W 1,167) et 3 soins de plaie simple de semaine (424336 W 1,459) ainsi que 131 premières prestations de base de WE (425412 W 1,206), 131 toilettes de WE (425515 W 1,754) et 2 soins de plaie simple de WE (424491 W 2,189), sans avoir, comme elle l'a indiqué dans ses déclarations des 27 février et 10 avril 2013, tenu de dossier infirmier (*pièces 457 et 488*). Les attestations de soins correspondantes ont été introduites au remboursement auprès des organismes assureurs entre le 31 mai 2011 et le 29 juin 2012.

Le grief est formulé pour les prestations suivantes en tenant compte de la date des prestations :

Période du 01.07.2010 au 31.12.2011				
Prestations portées en compte et indues				
119	x 425014 à	2,79 €	soit	332,01 €
75	x 425014 à	3,44 €	soit	258,00 €
104	x 425014 à	3,49 €	soit	362,96 €
119	x 425110 à	3,70 €	soit	440,30 €
75	x 425110 à	4,87 €	soit	365,25 €
104	x 425110 à	4,93 €	soit	512,72 €
3	x 424336 à	4,63 €	soit	13,89 €
54	x 425412 à	3,83 €	soit	206,82 €
31	x 425412 à	4,80 €	soit	148,80 €
46	x 425412 à	4,87 €	soit	224,02 €
54	x 425515 à	5,57 €	soit	300,78 €
31	x 425515 à	7,31 €	soit	226,61 €
46	x 425515 à	7,42 €	soit	341,32 €
2	x 424491 à	6,94 €	soit	13,88 €
Soit un indu total de 3.747,36 €				

Cas n° 6 : O.

Durant la période du 1^{er} décembre 2009 au 31 décembre 2011, Madame A. a attesté, pour Madame O., 380 premières prestations de base de semaine (425014 W 0,879), 380 toilettes de semaine (425110 W 1,167), 4 injections de semaine (423076 W 0,484) et 2 soins de plaie simple de semaine (424336 W 1,459) ainsi que 167 premières prestations de base de WE (425412 W 1,206), 167 toilettes de WE (425515 W 1,754), 2 injections de WE (423275 W 0,730) et 2 soins de plaie simple de WE (424491 W 2,189), sans avoir, comme elle l'a indiqué dans ses déclarations des 27 février et 10 avril 2013, tenu de dossier infirmier (*pièces 457 et 488*). Les attestations de soins correspondantes ont été introduites au remboursement auprès des organismes assureurs entre le 20 mai 2011 et le 2 juillet 2012.

Le grief est formulé pour les prestations suivantes en tenant compte de la date des prestations :

Période du 01.12.2009 au 31.12.2011			
Prestations portées en compte et indues			
22	x 425014 à	3,40 €	soit 74,80 €
111	x 425014 à	3,44 €	soit 381,84 €
247	x 425014 à	3,49 €	soit 862,03 €
22	x 425110 à	4,82 €	soit 106,04 €
111	x 425110 à	4,87 €	soit 540,57 €
247	x 425110 à	4,93 €	soit 1.217,71 €
4	x 423076 à	2,05 €	soit 8,20 €
2	x 424336 à	6,08 €	soit 12,16 €
9	x 425412 à	4,75 €	soit 42,75 €
49	x 425412 à	4,80 €	soit 235,20 €
109	x 425412 à	4,87 €	soit 530,83 €
9	x 425515 à	7,25 €	soit 65,25 €
49	x 425515 à	7,31 €	soit 358,19 €
109	x 425515 à	7,42 €	soit 808,78 €
2	x 423275 à	3,09 €	soit 6,18 €
2	x 424491 à	9,13 €	soit 18,26 €
			Soit un indu total de 5.268,79 €

1.2.4. Montant de l'indu

Prestations concernées par le grief												
Cas	Bénéficiaires	425014	425036	425110	423076	424336	425412	425434	425515	423275	424491	
1	J.	373		373	19	11	163		163	11	1	5.263,16 €
2	K.	237		237			102		102			2.482,79 €
3	L.	359	5	358	26		160	4	158	12		5.075,34 €
4	M.	267		267			114		114			3.625,11 €
5	N.	298		298		3	131		131		2	3.747,36 €
6	O.	380		380	4	2	167		167	2	2	5.268,79 €
TOTAUX		1.914	5	1.913	49	16	837	4	835	25	5	
											5.603	25.462,55 €

A titre principal, le grief concerne 5.603 prestations non conformes pour 6 assurés. Aucun honoraire n'était dû pour ces prestations en raison de l'absence de dossier infirmier.

Pour ce grief, l'indu total (à titre principal) a été évalué à 25.462,55 €.

Madame A. et la SPRL B. ont procédé au remboursement total de l'indu généré par ce grief le 12 avril 2013, après avoir signé une déclaration de remboursement volontaire de l'indu (Cf pièces 1508 et 1509).

A titre subsidiaire, le grief est formulé pour toutes les prestations citées à titre principal au grief n° 1 pour les cas C., D., E., F. et I., soit un indu formulé à titre subsidiaire s'élevant à 19.726,93 €.

1.3. TROISIEME GRIEF : PRESTATIONS NON CONFORMES (à titre très subsidiaire)

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

d'exécution ou les conventions ou accords conclus en vertu de cette même loi, au sens de l'article 73bis 2°, s'agissant de soins d'hygiène pour des bénéficiaires ne répondant pas aux exigences de dépendance physique définies à l'article 8, § 6, 1°, 3° et 4°.

En l'espèce, il s'agit de cinq cas de bénéficiaires au nom desquels des honoraires ont été portés en compte sur base d'une surévaluation de certains items de l'échelle d'évaluation de la dépendance physique.

Le grief est formulé à titre subsidiaire dans les 5 cas (C., D., E., F. et I.), les prestations litigieuses ayant été retenues dans le grief n°1.

1.3.1. Base légale et réglementaire

La base légale du grief repose sur la conjonction des articles 8 §5, 1°, 8 §6, 1°, 3°, 4°, 5°, 8° et les « directives pour l'utilisation de l'échelle d'évaluation ».

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

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

Se laver

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

S'habiller

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

c) Transfert et déplacements

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

d) Aller à la toilette

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

e) Continence

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

f) Manger

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

Art. 8, § 6 Précisions relatives aux toilettes (prestations 425110, 425515, 425913) :

1° Seules les toilettes dispensées chez des bénéficiaires qui obtiennent des scores de minimum 2 au critère « se laver » de l'échelle d'évaluation mentionnée au § 5, 1°, peuvent être attestées. (...)

3° Dans le chef des bénéficiaires qui obtiennent des scores de minimum 2 au critère « se laver » de l'échelle d'évaluation mentionnée au § 5, 1° :

- un maximum de deux toilettes (425110 ou 425913) par semaine peuvent être attestées;
- aucune toilette 425515 ne peut être attestée

4° Pour les bénéficiaires:

- qui obtiennent des scores de minimum 2 pour les critères "se laver" et "s'habiller" et un score de minimum 2 pour le critère "continence" à la suite d'une combinaison de l'incontinence d'urine nocturne et de l'incontinence d'urine occasionnelle durant la journée ou un score 3 ou 4 pour le critère "continence" de l'échelle d'évaluation concernée, il peut être attesté une toilette par jour. Dans le cas d'une combinaison de l'incontinence d'urine nocturne et de l'incontinence d'urine occasionnelle durant la journée, l'observation de cette problématique est mentionnée dans le dossier infirmier et la déclaration correspondante sur le formulaire décrit au § 7 doit être cochée.

- qui obtiennent des scores de minimum 2 pour les critères "se laver et s'habiller" de l'échelle d'évaluation concernée et peuvent être considérés, sur base d'un certificat médical établi par le médecin traitant, conformément au modèle fixé par le Comité de l'assurance soins de santé sur proposition de la Commission de convention, comme des personnes désorientées dans le temps et l'espace, il peut être attesté une toilette par jour;

- qui obtiennent des scores de minimum 4 pour les critères "se laver et s'habiller" de l'échelle d'évaluation concernée, il peut être attesté une toilette par jour. (...)

5° Même lorsque les soins d'hygiène ont été prescrits par un médecin, ils ne peuvent être attestés que si le praticien de l'art infirmier constate que le bénéficiaire atteint le degré de dépendance requis pour la prestation concernée. (...)

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

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 et d'application depuis le 1^{er} juillet 2006 ainsi que celles par le biais de la circulaire n° 2011/01 sous références 1240/OMZ-CIRC/INF-11-1-f et d'application depuis le 1^{er} avril 2011.

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

Se laver

1. Est capable de se laver complètement sans aucune aide

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

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

Il existe deux possibilités:

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

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

Il existe deux possibilités:

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

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

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

S'habiller

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

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

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

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

Il existe deux possibilités:

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

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

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

Il existe trois possibilités:

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

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

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

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

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

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

Transfert et déplacements

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

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

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

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

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

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

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

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

Il existe deux possibilités:

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

b) Le patient a besoin de l'aide de tiers pour chaque déplacement

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

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 auto sondage

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

Il existe deux possibilités:

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

4. Est incontinent pour les urines et les selles

Il existe deux possibilités :

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

Manger

1. Est capable de manger et de boire seul

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

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

Il existe deux possibilités:

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

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

Il existe deux possibilités:

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

4. Le patient est totalement dépendant pour manger et boire

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

A noter que la circulaire n° 2011/01 sous références 1240/OMZ-CIRC/INF-11-1-f qui est d'application depuis le 1er avril 2011 est identique au texte ci-dessus, sauf en ce qui concerne le score 4 de l'item transfert et déplacement complété par le texte suivant :

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

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

1.3.2. Prestations en cause

Le grief est formulé à titre très subsidiaire pour 5 bénéficiaires et 5.079 prestations (ceux visés au grief n°1) :

- **1.765** x 425014 W0,879 ;
- **1.776** x 425110 W1,167 ;
- **767** x 425412 W1,206 ;
- **771** x 425515 W1,754.

1.3.3. Argumentation

Le grief se fonde sur les déclarations des bénéficiaires ainsi que sur les déclarations de Madame A. (cf pièces 483 à 504, 823 à 827, 1053 à 1057, 1122 à 1126 et 1240 à 1246).

Dans le décours de chaque audition d'assuré, le degré de dépendance physique, tel qu'il existait au moment des faits litigieux, a été évalué.

Une surévaluation de l'échelle de dépendance physique a été constatée chez les cinq assurés suivants.

C.

Madame A. a complété les échelles d'évaluation comme suit :

	04.01.2010	03.07.2010	02.01.2011	06.07.2011	02.01.2012	03.07.2012
Se laver	4	4	4	4	4	4
S'habiller	4	4	4	4	4	4
Transfert et déplacement	2	2	2	2	2	2
Aller à la toilette	1	1	1	1	1	2
Continence	2	2	2	2	2	2
Manger	1	1	1	1	1	1

Interrogé le 18.02.2013, le bénéficiaire déclare (*Cf pièces 825 et 826*) :

« Je me lave seul, complètement. Je me lave complètement le matin et je me lave encore 5 fois pendant la journée, chaque fois avant la prière.

Je prends un bain ou une douche tous les 2-3 jours.

Je m'habille seul. J'ai parfois un peu de mal pour les chaussettes mais ça va.

Je me déplace sans problème, à pied ou en voiture. Je vais 2-3 fois par jour en voiture à la mosquée à P.

Je n'ai pas besoin de canne ni de quoique ce soit. Je me lève du lit sans appui, je me relève du fauteuil sans appui. Je dors à l'étage.

Je vais à la toilette sans problème. C'est une toilette normale. Il n'y a pas de barres d'appui. Je m'essuie seul et après je me lave.

Je ne perds pas les urines. Il m'est arrivé une fois ou deux de perdre les urines et d'avoir mal en urinant. Mais le Docteur a donné des médicaments et ça va. Je ne porte pas de linge.

Je ne perds pas les selles.

Je n'ai pas de difficultés pour manger. Je fais le café et parfois le thé.

En général, le thé c'est Madame.

Je coupe seul ma viande sauf quand j'ai mal aux doigts. Je sais ouvrir une bouteille mais avec la main gauche.

Je vais faire les courses en voiture, au grand magasin.

En résumé, je me débrouille seul. »

Sur base de ces déclarations, le SECM complète l'échelle d'évaluation comme suit :

	18.02.2013
Se laver	1
S'habiller	1
Transfert et déplacement	1
Aller à la toilette	1
Continence	1
Manger	1

Aucun élément ne démontrant une modification du degré d'autonomie de Monsieur C. au cours des trois années qui précèdent les constatations du service, l'échelle d'évaluation établie le 18.02.2013 par le service reflète donc bien le degré d'autonomie de Monsieur C. depuis début 2010.

Ce degré d'autonomie ne lui permettait en aucun cas de bénéficier de soins de toilette depuis cette époque.

Interrogée à ce propos le 10.04.2013, Madame A. a déclaré (*Cf pièce 490*) :

« Nous lisons ensemble les déclarations de monsieur C. en date du 18.02.2013 concernant son autonomie.

Vous me demandez ce que je pense de ces déclarations.

Je vous réponds que pour ce cas **il est exact que M. C. était autonome et ne nécessitait pas de toilettes.**

Je suis d'accord avec la cotation que vous avez établie le 18.02.2013 et qui ne donnait effectivement droit à aucune toilette. »

D.

Madame A. a complété les échelles d'évaluation comme suit :

	02.01.2011	04.07.2011	02.01.2012	03.07.2012
Se laver	4	4	4	4
S'habiller	4	4	4	4
Transfert et déplacement	2	2	2	2
Aller à la toilette	1	2	1	2
Continence	2	2	2	2
Manger	1	1	1	1

Interrogé le 14.02.2013, le bénéficiaire déclare (*Cf pièces 890 à 892*) :

« **Je fais ma toilette seul**, je l'ai toujours faite seul (...)
 Quand j'ai une bronchite, j'arrive également à me débrouiller pour ma toilette.
 Je me lave à l'évier. Avant j'avais une baignoire mais depuis 2 ans j'ai plutôt mis une douche parce qu'il m'était devenu difficile d'enjamber la baignoire.
 Je prends une douche toutes les semaines et sans aucune adaptation ni aucune aide.
 J'ai deux chiens ou plutôt le mien plus celui de mon fils et **je les promène à midi et au soir**. Je fais sûrement un km voire plus surtout si le temps est bon.
 Je bricole encore et j'aide ma belle-fille et mon fils notamment il y a 3 ans, j'ai cassé la cage d'escalier pour changer l'escalier.
Je fais les courses avec mon épouse, le marché le mardi et les grandes surfaces le vendredi. **Je conduis la voiture**.
 Mon état est globalement le même mais j'ai un peu plus difficile à récupérer depuis plus ou moins trois ans et demi. Je suis plus vite essoufflé et j'ai les jambes plus vite fatiguées.
 J'ai posé aussi des klinkers dans la cour derrière chez moi il y a ± 2 ans ; c'était après la cage d'escaliers de ma belle-fille.
 Ma chambre est à l'étage et je sens que depuis un petit moment, plus d'un an, je suis essoufflé mais ça va quand même.
Pour m'habiller, je me débrouille seul mais je ne peux pas rester plusieurs minutes avec les bras en l'air sinon j'ai mal. Pour les lacets aussi, j'ai un peu de mal mais je me débrouille.
Pour uriner, je dois pousser quand je dois aller mais **je n'ai pas de fuite** (...).
 C'est pour la vessie que je prend le Kinzalkomb et que je vais voir l'urologue une fois par an. Mon urologue
Pour manger, il n'y a vraiment aucun problème. Je mange bien. C'est ma femme qui prépare les repas. »

Sur base de ces déclarations, le SECM complète l'échelle d'évaluation comme suit :

	14.02.2013
Se laver	1
S'habiller	1
Transfert et déplacement	1
Aller à la toilette	1
Continence	1
Manger	1

Aucun élément ne démontrant une modification du degré d'autonomie de Monsieur D. au cours des trois années qui précèdent les constatations du service, l'échelle d'évaluation établie le 14.02.2013 par le service reflète donc bien le degré d'autonomie de Monsieur D. depuis début 2010.

Ce degré d'autonomie ne lui permettait en aucun cas de bénéficier de soins de toilette depuis cette époque.

Interrogée à ce propos le 10.04.2013, Madame A. a déclaré (*Cf pièces 490 et 491*) :

« Nous lisons ensemble les déclarations de monsieur D. en date du 14.02.2013 concernant son autonomie. Vous me demandez ce que je pense de ces déclarations. Je vous réponds que **M. D. était effectivement autonome et ne demandais pas de toilettes. ; mes cotations étaient tout à fait injustifiées.** **Je suis d'accord avec la cotation que vous avez établie le 14.02.2013** et qui ne donnait effectivement droit à aucune toilette. »

E.

Madame A. a complété les échelles d'évaluation comme suit :

	02.07.2010	02.01.2011	06.07.2011	02.01.2012
Se laver	4	4	4	4
S'habiller	4	4	4	4
Transfert et déplacement	2	2	2	2
Aller à la toilette	1	1	1	2
Continence	2	2	2	1
Manger	1	1	1	1

Interrogée le 14.02.2013, la bénéficiaire déclare (*Cf pièces 1055 et 1056*) :

« **Je me lave seule** dans la baignoire, debout sous la douche. Je me savonne puis je me douche. **Je m'habille seule.** Je parviens à mettre seule le soutien-gorge, en l'agrafant par devant. J'ai du mal pour mettre les chaussettes mais **mon mari m'aide.** J'ai du mal pour marcher à cause de mes jambes. **Je m'appuie sur mon mari si je dois marcher à l'extérieur. J'utilise parfois une canne. A l'intérieur je me déplace sans appui.** Je dors à l'étage. Je monte les escaliers en me tenant à la rampe.

Pour sortir du lit, je dois m'appuyer. Pour le lever du fauteuil, je dois m'appuyer.

Je n'ai pas de problèmes pour aller à la toilette. C'est une toilette normale. J'enlève seule la culotte, je la remets seule. Je m'essuie seule. **Je porte une protection la journée parce qu'il arrive que je perde les urines.** Je ne porte pas de lange la nuit. Quand je dois uriner la nuit, je descends à la toilette.

Je ne perds pas les selles.

Je prépare les repas; j'épluche les légumes. Je les fais cuire.

Je coupe seule la viande. Je sais ouvrir une bouteille, pas un bocal. Je fais moi-même la vaisselle. Je n'utilise pas le lave-vaisselle. Une aide ménagère vient 4 heures par semaine pour entretenir la maison. Mais je lui donne un coup de main. »

Sur base de ces déclarations, le SECM complète l'échelle d'évaluation comme suit :

	14.02.2013
Se laver	1
S'habiller	2
Transfert et déplacement	2
Aller à la toilette	1
Continence	2
Manger	1

Aucun élément ne démontrant une modification du degré d'autonomie de Madame E. au cours des 3 années qui précèdent les constatations du service, l'échelle d'évaluation établie le 14.02.2013 par le service reflète donc bien le degré d'autonomie de Madame E. depuis début 2010.

Ce degré d'autonomie ne lui permettait en aucun cas de bénéficier de soins de toilette depuis cette époque.

Interrogée à ce propos le 10.04.2013, Madame A. a déclaré (*Cf pièce 491*) :

« Nous lisons ensemble les déclarations de madame E. en date du 14.02.2013 concernant son autonomie.

Vous me demandez ce que je pense de ces déclarations.

Je vous réponds que cette dame présentait certaines difficultés mais les évaluations que vous avez réalisées sont conformes à la réalité ; selon votre cotation elle ne pro mérite pas de toilette.

Je suis d'accord avec la cotation que vous avez établie le 14.02.2013 et qui ne donnait effectivement droit à aucune toilette. »

F.

Madame A. a complété les échelles d'évaluation comme suit :

	04.01.2010	03.07.2010	02.01.2011	06.07.2011	02.01.2012	03.07.2012
Se laver	4	4	4	4	4	4
S'habiller	4	4	4	4	4	4
Transfert et déplacement	2	2	2	2	2	2
Aller à la toilette	1	1	1	1	1	1
Continence	2	2	2	2	2	2
Manger	1	1	1	1	1	1

Interrogé le 14.02.2013, le bénéficiaire déclare (*Cf pièces 1124 et 1125*) :

« **Je me lave seul le haut et le bas du corps; pour le reste c'est mon épouse qui m'aide.** Je me lave dans la baignoire et je fais couler la douche. Je reste debout. Si je m'assieds dans la baignoire je ne saurais plus me relever.

Je m'habille seul. J'ai des difficultés pour mettre les chaussettes.

Je me déplace sans aide : pas de canne, pas de tribune. Ce matin, quand vous êtes passé, j'étais parti en bus à R. J'ai été faire quelques petites courses. Je n'ai pas besoin d'aide pour sortir du lit; j'ai bien un peu de mal mais j'en sors. Pour me lever d'un fauteuil, je dois prendre un appui.

Je n'ai pas de problème pour aller à la toilette, C'est une toilette normale. Il n'y a pas de barre dans la toilette. Je m'essuie seul et je parviens à remettre mon slip tout seul.

Je ne perds pas les urines mais quand le besoin est là, ça ne peut pas attendre. Je ne suis pas mouillé le matin. Je ne porte pas de linge.

Je ne perds pas les selles non plus.

Je n'ai pas besoin d'aide pour manger. J'aide parfois mon épouse pour éplucher les légumes. Je prépare le café le matin, je prépare les tartines. S'il fallait je saurais réchauffer un plat préparé. Je n'ai pas de problème pour couper la viande. Je sais ouvrir une bouteille. Je précise que je fais les courses avec une charrette. Je ne sais plus soulever du lourd. »

Sur base de ces déclarations, le SECM complète l'échelle d'évaluation comme suit :

	14.02.2013
Se laver	2
S'habiller	2
Transfert et déplacement	1
Aller à la toilette	1
Continence	1
Manger	1

Aucun élément ne démontrant une modification du degré d'autonomie de Monsieur F. au cours des 3 années qui précèdent les constatations du service, l'échelle d'évaluation établie le

14.02.2013 par le service reflète donc bien le degré d'autonomie de Monsieur F. depuis début 2010.

Ce degré d'autonomie ne lui permettait de bénéficier de soins de toilette qu'à raison de 2 toilettes par semaine depuis cette époque.

Interrogée à ce propos le 10.04.2013, Madame A. a déclaré (*Cf pièce 491 et 492*) :

« Nous lisons ensemble les déclarations de monsieur F. en date du 14.02.2013 concernant son autonomie.

Vous me demandez ce que je pense de ces déclarations.

Je vous réponds que vous avez attribué les cotations exactes qui correspondent à ce cas.

Je suis d'accord avec la cotation que vous avez établie le 14.02.2013 et qui ne donnait droit tout au plus à 2 toilettes par semaine. »

I.

Madame A. a complété les échelles d'évaluation comme suit :

	Non datée (réception OA 11.01.2010)	06.07.2010	04.01.2011	04.07.2011	30.12.2011	03.07.2012	09.01.2013
Se laver	4	4	4	4	4	4	4
S'habiller	4	4	4	4	4	4	4
Transfert et déplacement	1	1	1	1	1	1	2
Aller à la toilette	1	1	1	1	1	2	1
Continence	2	2	2	2	2	2	2
Manger	1	1	1	1	1	1	1

Interrogé le 14.02.2013, le bénéficiaire déclare (*Cf pièces 1242 à 1245*) :

« Vous me demandez si j'ai besoin d'une infirmière pour ma toilette ?

*Je vous réponds que **je fais toujours ma toilette moi-même avec l'aide de mon épouse pour le dos.** Je fais ma toilette, moi-même, tous les jours à l'évier sans aide pour tenir debout. (...)*

*Vous me demandez si j'ai des difficultés **pour m'habiller.***

***Je vous réponds que je peux tout faire en prenant le temps.** Je n'ai en fait **des difficultés que pour mettre mes chaussettes** et là c'est mon épouse qui m'aide comme pour les tirer. **Pour les lacets c'est elle aussi qui les fait** quand c'est nécessaire.*

Vous me demandez où se trouve ma chambre. Elle se trouve à l'étage. Depuis un an ou deux je suis essoufflé quand j'arrive en haut de l'escalier. On envisage donc de déplacer la chambre au rez-de-chaussée.

Ma fille a des poules au fond du jardin et c'est moi qui m'en occupe quand il fait bon.

Je fais de l'angine de poitrine mais n'ai plus eu de crise depuis un certain temps.

Je me déplace à pied mais suis essoufflé au bout de 75 à 100 m.

Je conduis encore la voiture sans problème.

Vous me demandez comment cela va pour la toilette ?

*Il y a deux ans nous avons installé un pot plus haut au WC, de 50 cm. **Je me tiens au montant de la porte pour me redresser.** Pour m'essuyer je peux le faire seul. Pour les urines il n'y a pas de problème et je n'ai pas de fuite.*

Je suis juste un peu constipé. Je prends du Movicol régulièrement.

Vous me demandez pour la nourriture comment ça se passe ?

Je vous réponds que j'ai bon appétit, et que c'est ma femme qui fait la cuisine.

Je n'ai jamais eu l'habitude de faire la cuisine mais j'aide ma femme dans la préparation, l'épluchage des légumes. (...)

Pour couper la viande, je n'ai pas besoin d'aide. »

Sur base de ces déclarations, le SECM complète l'échelle d'évaluation comme suit :

Se laver
14.02.2013
1

S'habiller	1
Transfert et déplacement	1
Aller à la toilette	1
Continence	1
Manger	1

Aucun élément ne démontrant une modification du degré d'autonomie de Monsieur I. au cours des trois années qui précèdent les constatations du service, l'échelle de Katz établie le 14.02.2013 par le service reflète donc bien le degré d'autonomie de Monsieur I. depuis début 2010.

Ce degré d'autonomie ne lui permettait en aucun cas de bénéficier de soins de toilette depuis cette époque.

Interrogée à ce propos le 10.04.2013, Madame A. a déclaré (*Cf pièce 492*) :

« Nous lisons ensemble les déclarations de monsieur I. en date du 14.02.2013 concernant son autonomie.

Vous me demandez ce que je pense de ces déclarations.

Je vous réponds que je suis d'accord avec les cotations que vous avez attribuées dans ce cas.

Je suis d'accord avec la cotation que vous avez établie le 14.02.2013 et qui ne donnait effectivement droit à aucune toilette ».

1.3.4. Montant de l'indu

Le grief étant formulé à titre très subsidiaire pour 5 bénéficiaires et 5.079 prestations (ceux visés au grief n°1), l'indu formulé à titre principal s'élève à 0 euros.

2. DISCUSSION

2.1. Quant au fondement des griefs

2.1.1. Premier grief

Il ressort du dossier que les éléments matériels constitutifs de ce manquement (prestations non effectuées) sont réunis et prouvés, tant au regard :

- d'une part, des déclarations du bénéficiaire, Monsieur C. qui a indiqué ne jamais avoir reçu la visite d'une infirmière pour lui faire sa toilette (cf ci-dessus, paragraphe 1.1.3.) ;
- d'autre part, des déclarations de Madame A. qui a reconnu ne jamais avoir fait de toilettes à cet assuré (cf ci-dessus paragraphe 1.1.3.).

Il est de jurisprudence constante que le témoignage des assurés suffit à caractériser la non-réalisation des prestations attestées :

- Chambre de recours, instituée auprès du Service de l'évaluation et du contrôle médical de l'INAMI, n° de rôle FB-003-04, 12.11.2009, pages 3 et 4, <http://inami.fgov.be/care/all/infos/jurisprudence/pdf/2009/20091112F03FR.pdf>, .

« Le premier grief

Ce grief consiste à avoir signé et délivré des attestations de soins alors qu'aucun soin n'a été prodigué.

La Chambre de recours considère le 1^{er} grief établi.

En effet, les assurés entendus ne reconnaissent pas avoir reçu les soins attestés par Monsieur A., même s'ils admettent avoir reçu une partie de ceux-ci.

Dans le cas de la famille F., l'absence des soins attestés est confirmée par des témoignages précis, et quant au nombre de soins et quant aux dates.

A plusieurs reprises, et pour deux assurés sociaux, des attestations de soins furent établies alors que les patients n'auraient pu être soignés, que ce soit chez eux ou chez le kinésithérapeute, étant hospitalisés.

Il ne peut être fait confiance aux documents produits par Monsieur A., notamment son agenda, pour établir la réalité des soins donnés, ces documents rapportant des soins n'ayant pu être donnés vu l'hospitalisation des assurés sociaux.

Il est d'autre part établi que les prescriptions de soins, pour plusieurs assurés sociaux, ont été établies par un médecin qui n'avait jamais vu ces assurés sociaux mais qui était une connaissance de Monsieur A..

La présente Chambre considère comme établi d'autre part que Monsieur A., à plusieurs reprises, a contacté au moins trois assurés sociaux afin de leur demander de faire des déclarations inexactes quant au nombre de soins donnés. *Dans un de ces cas, la demande de Monsieur A. de déclarations inexactes a été effectuée devant un témoin. Les déclarations concordantes, précises et détaillées des assurés et du témoin ne peuvent être raisonnablement mises en doute quant à ce.*

Monsieur A. reconnaît du reste en partie ces fausses attestations en ce qui concerne une patiente, Madame R., qu'il visitait une fois par jour mais pour laquelle il attestait deux visites par jour.

Il résulte de ces éléments que le grief est établi et que la mauvaise foi de Monsieur A. est manifeste, vu la durée de la période retenue à grief, le nombre important de fausses attestations et les pressions faites sur les assurés sociaux pour effectuer de fausses déclarations ».

- Chambre de recours instituée auprès de l'INAMI, n° de rôle FB-001-09, du 12.07.2010 : <http://inami.fgov.be/care/all/infos/jurisprudence/pdf/2010/20100712F01FR.pdf>

« Le premier grief

Il est reproché à Monsieur A. d'avoir établi, signé et délivré des attestations de soins portant en compte à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités des prestations chirurgicales de stomatologie non effectuées, ce qui a entraîné un indu pour ladite assurance (...).

*La présente Chambre considère, comme la chambre de 1ère instance, que le grief est établi. **Ce fait résulte des documents déposés au dossier, confirmés tant par les déclarations des assurés sociaux que par les constatations de l'inspecteur.** En effet, pour plusieurs assurés sociaux, plusieurs interventions chirurgicales ont été attestées alors que ceux-ci ne s'en souviennent que d'une. Des soins ont été attestés pour six dents au moins dans un secteur de la bouche alors que les patients ne disposaient plus de six dans le secteur soigné. Des opérations à un frein ont été attestées alors que les patients ne se souviennent pas avoir subi cette opération et que l'examen pratiqué par l'inspecteur ne révèle pas ce type d'opération. **Si même les patients peuvent ne pas se souvenir ni préciser tous les soins reçus, ils devraient à tout le moins se souvenir d'opérations douloureuses et gênantes nécessitant l'inconfort de points de suture.***

La présente Chambre relève aussi que Monsieur A. lui-même admet que des soins tels qu'attestés n'ont pas été effectués, et ce même si des soins furent apportés ».

- Chambre de recours instituée auprès de l'INAMI, n° de rôle FB-008-11, 17.01.2013 : <http://inami.fgov.be/care/all/infos/jurisprudence/pdf/2013/20130117F09FR.pdf>

« Le premier grief est fondé sur la déclaration de la mère d'une assurée.

Cette personne est elle-même infirmière dans un centre pour enfants handicapés; à la suite d'une opération chirurgicale subie par sa fille – lourdement handicapée et entièrement dépendante -, elle a dû faire appel à une infirmière pour des soins quotidiens. Mme A. est venue durant six

semaines tous les matins, week-ends compris ; après cette période, les visites de Mme A. ont été maintenues, via le système du tiers payant.

La déclarante indique : « Madame A. n'est jamais venue le dimanche après les six premières semaines de plâtre et irrégulièrement le samedi, à ma demande. ».

Or, il est contesté qu'un certain nombre de prestations ont été portées en compte de l'AMI pour des dimanches et lundis fériés pendant la période visée dans la déclaration ci-dessus.

Dans sa déclaration aux enquêteurs du 21 mai 2007, Mme A. signale qu'elle ne savait pas qu'elle devait changer le forfait dans le cas où elle n'effectuait aucun passage chez la patiente.

Outre le fait qu'il apparaît assez inquiétant qu'un dispensateur de soins estime pouvoir porter en compte des prestations qui n'ont pas été effectuées, cette déclaration confirme la réalité du grief ».

- C.E. (3^e ch.), 21.02.1997, Delhez, n°64.701 (résumé) : la commission a pu estimer le grief établi **en se fondant sur la concordance entre les témoignages des assurés et plusieurs éléments de l'enquête**, éléments qui n'ont pas été sérieusement contestés par le dispensateur de soins au cours de ses auditions. **La décision** contestée ne procède pas d'un renversement de la charge de la preuve mais **s'appuie sur une analyse des déclarations concordantes de l'assurée concernée.**

Il est donc non seulement possible de se fonder sur les témoignages des assurés ou de leurs proches pour conclure à l'inexistence des prestations attestées par Madame A. mais également sur les propres déclarations de cette dernière qui ne conteste ni le grief, ni les déclarations des assurés et de leurs proches.

Le premier grief est donc incontestablement établi.

2.1.2. Deuxième grief

Le deuxième grief porte sur l'attestation de prestations non conformes par Mme A. en raison de l'absence de dossier infirmier.

Ce grief se fonde sur les déclarations de Madame A. en date du :

- 27 février 2013, au terme desquelles elle reconnaît ne pas tenir de dossier infirmier et avoir ignoré jusqu'à cette date la nécessité d'en tenir un (*cf ci-avant paragraphe 1.2.3 et pièce n°457*).
- 10 avril 2013, au terme desquelles elle a confirmé ses déclarations en date du 27 février 2013 (*cf ci-avant paragraphe 1.2.3 et pièce n°488*).

A noter également que la Chambre de première instance (CPI) a décidé en date du 24.06.2010 (n° de rôle FA-003-09 et FA-038-09) que :

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

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

Le deuxième grief est donc incontestablement établi.

2.1.3. Troisième grief

Le troisième grief porte sur une surévaluation de l'état de dépendance physique des patients. Il est formulé à titre très subsidiaire.

Il se fonde sur les déclarations des assurés recueillies par le médecin inspecteur les 14 et 18 février 2013 (cf paragraphe 1.3.3) et la reconnaissance des faits par Madame A. (cf ci-avant paragraphe 1.3.3.).

Le troisième grief est donc 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.

Pour mémoire le premier grief est formulé à titre principal, le deuxième pour partie à titre principal et pour partie à titre subsidiaire, et le troisième à titre très subsidiaire.

Le présent tableau récapitule les demandes formulées à titre principal :

Grief	Résumé du grief	Codes NPS	Nbre prestations	Nbre cas	Indu	Remb. volontaire
1. Non effectué (PVC 08.04.203)	Prestations non effectuées	425014 W0,879	1.765	5	19.726,93 €	19.726,93 €
		425110 W1,167	1.776			
		425412 W1,206	767			
		425515 W1,754	771			
2. Non conforme (PVC 08.04.2013)	Absence de dossier infirmier (Art. 8, § 3, 5°)	425014 W0,879	1.914	6	25.462,55 €	25.462,55 €
		425036 W0,879	5			
		425110 W1,167	1.913			
		423076 W0,484	49			
		424336 W1,459	16			
		425412 W1,206	837			
		425434 W1,206	4			
		425515 W1,754	835			
		423275 W0,730	25			
		424491 W2,189	5			
Totaux					45.189,48 €	45.189,48 €
Indu résiduel					0,00 €	

Pour ces deux griefs pour lesquels une demande d'indu est formulée à titre principal ; l'indu total a été évalué à 45.189,48 €.

Eu égard au fait que les trois griefs sont déclarés fondés, Madame A. et la SPRL B. sont solidairement tenues par le remboursement de l'indu, en application des articles 142 §1^{er}, 1° et 2° et 164, alinéa 2 de la loi ASSI coordonnée le 14 juillet 1994, soit la somme de 45.189,48 €.

Le Fonctionnaire dirigeant constate que le remboursement de l'indu est intervenu en date du 12 avril 2013.

2.3. Quant à l'amende 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 1^{er} juillet 2011, les mesures applicables étaient :
 - pour des prestations non effectuées : le remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé et/ou une amende administrative comprise entre 50 % et 200 % du montant de la valeur des prestations concernées (*article 73bis, 1° et article 142, §1er, al.1er, 1° de la loi coordonnée le 14 juillet 1994*) ;
 - pour des prestations non conformes : 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 1^{er} 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, 2ème 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., 2ème 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 aux amendes administratives retenues

Les faits reprochés à Madame A. sont particulièrement graves.

L'attestation des prestations par un dispensateur de soins repose sur une relation de confiance de la collectivité avec celui-ci qui doit non seulement attester des prestations qu'il a réellement effectuées mais qui doit aussi impérativement se conformer scrupuleusement à la réglementation et aux formalités administratives à accomplir.

L'attestation de prestations non effectuées est l'infraction la plus grave qui puisse être constatée par le Service de l'évaluation et de contrôle médicaux à l'encontre d'un dispensateur de soins car elle caractérise la rupture du lien de confiance entre l'INAMI, les organismes assureurs et le dispensateur de soins.

En attestant des prestations de toilettes ou des premières prestations de base de semaine ou de week-end alors qu'elle ne les avait pas réalisées, Madame A. a méconnu les obligations qui lui incombaient en sa qualité de dispensateur de soins et n'a pas fait preuve de professionnalisme.

Compte tenu du nombre très important de prestations non effectuées attestées par Madame A. (5.079 prestations), Madame A. a clairement spolié les deniers de l'assurance soins de santé et donc de la collectivité, ce qui justifie l'application de la sanction la plus haute.

Par ailleurs, **concernant l'attestation de prestations non conformes**, le législateur a encadré de manière très précise les possibilités d'attester des soins infirmiers, afin d'éviter les abus qui pourraient découler d'une utilisation négligente notamment des toilettes.

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 tenant pas de dossier infirmier, alors que, pour pouvoir percevoir des honoraires, l'obligation de tenir un tel dossier est expressément prévue à l'article 8, §3, 5° de la nomenclature des prestations de santé, et alors qu'est précisé clairement le contenu de ce dossier infirmier à l'article 8 §4, 2°, Madame A. a manqué à ses obligations légales en tant que dispensateur de soins.

Dans ces conditions, au regard de la clarté de la nomenclature sur la tenue du dossier infirmier et au regard du nombre très élevé de prestations (5.603 prestations), il convient d'appliquer à Madame A. la sanction la plus haute.

Le remboursement volontaire de l'indu par Madame A. et la SPRL B. n'enlève rien à la gravité des faits qui leur sont reprochés.

Eu égard à l'ensemble de ces éléments, **il est justifié de prononcer à l'encontre de Madame A. :**

- **une amende administrative de 1.375 euros** (amende de 250 euros majorée des décimes additionnels, soit 250 € x 5.5) en ce qui concerne les prestations non effectuées (grief n°1) ;
- **une amende administrative de 1.375 euros** (amende de 250 euros majorée des décimes additionnels, soit 250 € x 5.5) en ce qui concerne les prestations non conformes (grief n°2).

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 solidairement Madame A. et la SPRL B. à rembourser la valeur des prestations indues s'élevant à 45.189,48 € ;
- Prend acte du remboursement de la totalité du montant de 45.189,48 € ;
- Condamne Madame A. à payer une amende de 1.375 €, au titre des prestations non effectuées (grief n°1), en application de l'article 101 du code pénal social ;

- Condamne Madame A. à payer une amende de 1.375 €, au titre des prestations non conformes (grief n°2), en application de l'article 101 du code pénal social.

Ainsi décidé à Bruxelles, le 18-10-2013

Le Fonctionnaire – dirigeant,

Dr Bernard HEPP
Médecin-directeur général