

DECISION DU FONCTIONNAIRE-DIRIGEANT DU 22 OCTOBRE 2015
BRS/F/15-023

Concerne : **Madame A.**

Praticien de l'art infirmier

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

1 GRIEFS FORMULES

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

En résumé, il lui est reproché :

1.1. Premier grief : prestations non effectuées (formulé à titre principal)

Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer des documents réglementaires permettant le remboursement des prestations de santé lorsque les prestations n'ont pas été effectuées ou fournies au sens de l'article 73bis, §1^{er}, 1° de la loi sur l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14-07-1994.

Ces faits sont constitutifs d'infraction visée à l'article 73bis 1° de la loi ASSI, coordonnée le 14 juillet 1994, et relèvent des dispositions de l'article 142, §1^{er}, 1° de la même loi.

En l'espèce il s'agit de prestations de l'article 8 § 1^{er} 1° II 2° II de la nomenclature, (honoraires forfaitaires dit F.A et F.B) portées en compte aux noms de deux assurés Madame B. et Monsieur C..

➤ Base légale et réglementaire

La base réglementaire part du principe général que les prestations ne sont remboursables par l'assurance soins de santé et invalidité que pour autant qu'elles soient dûment effectuées.

➤ Prestations en cause

A. SECTION 4. - Soins donnés par infirmières graduées ou assimilées, accoucheuses, infirmières brevetées, hospitalières/assistantes en soins hospitaliers ou assimilées. «Art. 8. § 1^{er}. Les prestations suivantes sont considérées comme des prestations qui requièrent la qualification d'infirmière graduée ou assimilée, d'accoucheuse, d'infirmière brevetée, d'hospitalière/assistante en soins hospitaliers ou assimilée, appelées ci-après praticiens de l'art infirmier (W).			
B. "1° Prestations effectuées au cours d'une séance de soins infirmiers au domicile ou à la résidence du bénéficiaire.			
C. "II. Honoraires forfaitaires par journée de soins pour des patients lourdement dépendants."			
D. 425272	E. Honoraires forfaitaires, dits forfait A, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants:	F. W	G. 3,825
	H. - dépendance pour le critère se laver et le critère s'habiller (score 3 ou 4), et - dépendance pour le critère transfert et déplacements et/ou le critère aller à la toilette (score 3 ou 4)		

I. 425294	J. Honoraires forfaitaires, dits forfait B, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants:	K. W.L.	7,371
	M. - dépendance pour le critère se laver et le critère s'habiller (score 3 ou 4), - dépendance pour le critère transfert et déplacements et le critère aller à la toilette (score 3 ou 4), - dépendance pour le critère continence et/ou pour le critère manger (score 3 ou 4)		
N. "2° Prestations effectuées au cours d'une séance de soins infirmiers durant le week-end ou un jour férié au domicile ou à la résidence du bénéficiaire.			
O. "II. Honoraires forfaitaires par journée de soins pour des patients lourdement dépendants."			
P. 425670	Q. Honoraires forfaitaires, dits forfait A, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants: - dépendance pour le critère se laver et le critère s'habiller (score 3 ou 4), - dépendance pour le critère transfert et déplacements et/ou le critère aller à la toilette (score 3 ou 4)	R. W.S.	5,710
T. 425692	U. Honoraires forfaitaires, dits forfait B, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants: - dépendance pour le critère se laver et le critère s'habiller (score 3 ou 4), - dépendance pour le critère transfert et déplacements et le critère aller à la toilette (score 3 ou 4), - dépendance pour le critère continence et/ou pour le critère manger (score 3 ou 4)	V. W.W.	10,944

➤ Assurés et nombre de prestations

1. Monsieur C.

O.A 128 N° assuré ... Statut 131/131
RN : ...

Prestations honoraires forfaitaires FB portées en compte durant la période du 01/12/2013 au 31/03/2014

Prestations indues

Codes Prestations	Nombre	Indu par prestation
425294	48	1.565,76 €
425692	35	1.698,60 €
Totaux	83	3.264,36 €

2. Madame B.

O.A 128 N° assuré ... Statut 131/131
RN : ...
O.A 128 N° assuré ... Statut 131/131
RN : ...

Prestations honoraires forfaitaires F.A portées en compte durant la période du 12/10/2013 au 07/11/2013

Prestations indues

Codes Prestations	Nombre	Indu par prestation
425272	13	216,28 €
425294	1	32,29 €
425670	6	149,76 €
Totaux	20	398,33 €

➤ Indu 1^{er} grief : 3.662,69 €

Pour la période du 12/10/2013 au 31/03/2014, 103 prestations relatives à deux assurés ont été indûment portées en compte à l'assurance soins de santé et ce, pour un montant de 3.662,69 €.

Cas	Assuré	425272	425294	425670	425692	Indu
1	Monsieur C.		48		35	3.264,36€
2	Madame B.	13	1	6		398,33 €
Totaux		13	49	6	35	3.662,69 €
					103	3.662,69 €

1.2. Deuxième grief : prestations non conformes (formulé à titre principal et partiellement à titre subsidiaire)

Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer des documents réglementaires permettant le remboursement des prestations de santé lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, dans ses arrêtés et règlements d'exécution, dans les conventions et accords conclus en vertu de cette même loi s'agissant de la facturation de prestations de l'article 8, § 1^{er} portées en compte indûment dans la mesure où la condition de remboursement prévue à l'article 8, § 3, 5° n'était pas remplie.

Ces faits sont constitutifs d'infraction visée à l'article 73bis 2° de la loi ASSI, coordonnée le 14 juillet 1994, et relèvent des dispositions de l'article 142, §1^{er}, 2° de la même loi.

Il s'agit de prestations de soins infirmiers effectuées chez 7 bénéficiaires alors que le dossier infirmier ne répond pas aux conditions de remboursement exigées par l'article 8, § 3, 5° de la nomenclature car le contenu minimal des dossiers infirmiers ne répond pas au descriptif énoncé au § 4, 2° de l'article 8 de la NPS.

➤ Prestations concernées

X. Chapitre III. Soins courants		
Y. Section 4. Soins donnés par infirmières graduées ou assimilées, accoucheuses, infirmières brevetées, hospitalières/assistantes en soins hospitaliers ou assimilées		
Z. Art. 8, § 1 ^{er} . Les prestations suivantes sont considérées comme des prestations qui requièrent la qualification d'infirmière graduée ou assimilée, d'accoucheuse, d'infirmière brevetée, d'hospitalière/assistante en soins hospitaliers ou assimilée, appelées ci-après praticiens de l'art infirmier (W)		
AA. 1° Prestations effectuées au cours d'une séance de soins infirmiers au domicile ou à la résidence du bénéficiaire		
BB. I. Séance de soins infirmiers		
CC. A. Prestation de base		
DD. 4250 14	EE. Première prestation de base de la journée de soins	FF. W0,879
GG. B. Prestations techniques de soins infirmiers		
HH. 4251 10	II. Soins d'hygiène (toilettes)	JJ. W1,167
KK. 4243 51	LL. Soins de plaie(s) complexes	MM. W 1,759
NN. II .Honoraires forfaitaires par journée de soins pour des patients lourdement dépendants		
OO. 4252 94	PP. Honoraires forfaitaires, dits forfait B, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants: QQ. - dépendance pour le critère se laver et le critère s'habiller (score 3 ou 4), et- dépendance pour le critère transfert et déplacements et le critère aller à la toilette (score 3 ou 4), et- dépendance pour le critère continence et/ou pour le critère manger (score 3 ou 4)	RR. W 7,31
SS. "2° Prestations effectuées au cours d'une séance de soins infirmiers durant le week-end ou un jour férié au domicile ou à la résidence du bénéficiaire.		
TT. I. Séance de soins infirmiers		
UU. A. Prestation de base		
VV. 4254 12	WW.Première prestation de base de la journée de soins	XX. W 1,206
YY. B. Prestations techniques de soins infirmiers."		
ZZ. 4255 15	AAA. Soins d'hygiène (toilettes)	BBB. W 1,754
CCC. 2327 5	DDD. Administration de médicaments par voie intra musculaire, sous cutanée EEE. ou Hypodermique	FFF.W. 0,730
GGG. 2451 3	HHH. Soins de plaie(s) complexes	III. W 2,562
JJJ. II Honoraires forfaitaires par journée de soins pour des patients lourdement dépendants		
KKK. 2569 2	LLL. Honoraires forfaitaires, dits forfait B, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants: MMM. - dépendance pour le critère se laver et le critère s'habiller (score 3 ou 4), et- dépendance pour le critère transfert et déplacements et le critère aller à la toilette (score 3 ou 4), et- dépendance pour le critère continence et/ou pour le critère manger (score 3 ou 4)	NNN. 10,944

➤ Base réglementaire

Le grief se fonde sur les dispositions de l'art. 8, § 3, 5° de la NPS qui subordonne le remboursement des prestations de soins attestées à la tenue d'un dossier infirmier complet, ce dernier étant défini par le contenu de l'article 8 § 3 ,5° et aux points 1° et 2°,du § 4 de l'article 8 de la NPS :

"§ 3. Aucuns honoraires ne sont dus :

(...)

"5° lorsque le dossier infirmier mentionné dans cet article n'existe pas ou si le contenu minimal décrit au § 4, 2° de cet article n'est pas mentionné dans ce dossier."

"§ 4. Précisions relatives aux prestations visées à la rubrique I du § 1er, 1°, 2°, 3° et 4°:

1° La prestation de base, visée à la rubrique I, A du § 1er, 1°, 2°, 3° et 4° comprend :

- l'observation globale du bénéficiaire ;
- le planning et l'évaluation des soins;
- l'accompagnement sanitaire du bénéficiaire et de son entourage;
- la tenue complète d'un dossier infirmier;
- les frais de déplacement, excepté les frais supplémentaires de déplacement en région rurale, sauf pour les prestations de base visées à la rubrique I, A du § 1er, 3° et 4°."

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

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

Lorsque les soins infirmiers dispensés au bénéficiaire comportent des soins de plaie(s) complexe(s), décrits au § 8, 1° de cet article, ou lorsque les soins sont dispensés dans le cadre des honoraires forfaitaires par journée de soins pour des patients lourdement dépendants, décrits à la rubrique II du § 1er, 2°, 3° de cet article, le contenu minimal du dossier infirmier comporte, en plus des éléments des deux premiers alinéas de cette disposition, également :

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

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

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

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

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

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

"§ 8. Précisions relatives aux soins de plaie(s) (prestations (...), 424351, (...), 424513, (...)):

"5° Les prestations 424351, 424513, 424653, 424815, 424373, 424535, 424675, et 424830 peuvent uniquement être attestées à condition qu'un dossier soins de plaie(s) spécifiques soit établi et tenu à jour. Ce dossier fait partie intégrante du dossier infirmier visé au § 4, 2°. Il doit répondre, au niveau de son contenu, à une directive qui a été fixée par le Comité de l'assurance soins de santé sur proposition de la Commission de convention praticiens de l'art infirmier-organismes assureurs. (...).

Directive (23 mai 2011) concernant le contenu de la planification et de l'évaluation
Le dossier infirmier

Vous devez tenir le dossier infirmier complètement à jour pour avoir droit au remboursement des prestations que vous avez effectuées. Aucun honoraire n'est dû si : le dossier infirmier n'existe pas ou si le contenu minimal n'est pas repris.

Contenu minimal du dossier infirmier dans le schéma ci-dessous. La planification et l'évaluation diffèrent en fonction du type de prestation effectuée (Directive du 23 mai 2011 du Comité de l'assurance - PDF).

Schéma du contenu minimal

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

Le plan de soin comprend au minimum la fréquence des différents actes infirmiers qui doivent être exécutés, y compris le moment recommandé. Si besoin est, des instructions supplémentaires sur l'adaptation des soins à la personne sont mentionnées. Le planning d'une précédente période peut être confirmé ou prolongé, adapté ou cessé.

L'évaluation du soin presté est réalisée sur base des observations constatées. Ces observations sont consignées au moment de l'exécution du soin. Il est également important de définir les observations indispensables que l'infirmier doit réaliser et de connaître les scores des différents items de l'échelle d'évaluation relative à la dépendance qui est utilisée. L'évaluation du soin résulte de la confirmation ou de la prolongation, de l'adaptation ou de la cessation du plan de soins, ou de la révision des problèmes du patient.

➤ Assurés et nombre de prestations

Le grief concerne 673 prestations, relatives à 7 assurés, formulées à titre principal et a engendré un indu de 14.312,30 €

A titre principal														
Cas	Assuré	423076	423275	424351	424513	425014	425110	425272	425294	425412	425515	425670	425692	Indu
1	Monsieur D.								60				25	2.883,40 €

...

2	Monsieur C.							33					1.078,33 €
3	Madame E.	1	2			1		40	2			16	1.910,48 €
4	Monsieur F.							60			25		1.249,65 €
5	Madame B.							81				35	4.340,49 €
6	Madame G.			33	15	53	53	7	21	21		4	1.600,30 €
7	Mr ou Mme H.							60			25		1.249,65 €
Totaux		1	2	33	15	54	53	120	221	23	21	50	80
												673	14.312,30 €

Par ailleurs, 103 prestations, relatives aux assurés Monsieur C. et Madame B., étant déjà reprises sous le grief n°1 sont quant à elle formulées à titre subsidiaire. L'indu est donc déjà inclus dans le montant de l'indu repris sous ce 1^{er} grief.

A titre subsidiaire						
Cas	Assuré	425272	425294	425670	425692	Indu résiduel
1	Monsieur C.		48		35	
2	Madame B.	13	1	6		
Totaux		13	49	6	35	
					103	0,00 €

➤ Indu relatif au 2^{ème} grief : 14.312,30 €

1.3. Troisième grief : prestations non conformes (formulé à titre subsidiaire)

Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer les documents réglementaires visés dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans la présente loi, ses arrêtés d'exécution ou les conventions ou accords conclus en vertu de cette même loi, s'agissant de prestations de soins d'hygiène non attestables au sens de l'article 8°, § 6, 8° de la nomenclature (toilettes incomplètes) ou d'honoraires forfaitaires non attestables au sens de l'article 8, § 5, 3° dans la mesure où le soin d'hygiène était absent ou incomplet.

Ces faits sont constitutifs d'infraction visée à l'article 73bis 2° de la loi ASSI, coordonnée le 14 juillet 1994, et relèvent des dispositions de l'article 142, §1^{er}, 2° de la même loi.

En l'espèce il s'agit de prestations de l'article 8 § 1^{er} 1^o II IV, 2° I II IV de la nomenclature, portées en compte au nom de 3 assurés (Monsieur C., Monsieur F. et Madame G.).

➤ Prestations en cause

Chapitre III. Soins courants
Section 4. Soins donnés par infirmières graduées ou assimilées, accoucheuses, infirmières brevetées, hospitalières/assistantes en soins hospitaliers ou assimilées
Art. 8, § 1 ^{er} . Les prestations suivantes sont considérées comme des prestations qui requièrent la qualification d'infirmière graduée ou assimilée, d'accoucheuse, d'infirmière brevetée, d'hospitalière/assistante en soins hospitaliers ou assimilée, appelées ci-après praticiens de l'art infirmier (W)
1° Prestations effectuées au cours d'une séance de soins infirmiers au domicile ou à la résidence du bénéficiaire
I. Séance de soins infirmiers
A. Prestation de base

425014	Première prestation de base de la journée de soins	W0,879
B. Prestations techniques de soins infirmiers		
425110	Soins d'hygiène (toilettes)	W1,167
424351	Soins de plaie(s) complexes	W 1,759
II .Honoraires forfaitaires par journée de soins pour des patients lourdement dépendants		
425294	Honoraires forfaitaires, dits forfait B, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants: - dépendance pour le critère se laver et le critère s'habiller (score 3 ou 4), et - dépendance pour le critère transfert et déplacements et le critère aller à la toilette (score 3 ou 4), et - dépendance pour le critère continence et/ou pour le critère manger (score 3 ou 4)	W 7,31
"2° Prestations effectuées au cours d'une séance de soins infirmiers durant le week-end ou un jour férié au domicile ou à la résidence du bénéficiaire.		
I. Séance de soins infirmiers		
A. Prestation de base		
425412	Première prestation de base de la journée de soins	W 1,206
B. Prestations techniques de soins infirmiers."		
425515	Soins d'hygiène (toilettes)	W 1,754
424513	Soins de plaie(s) complexes	W 2,562
II Honoraires forfaitaires par journée de soins pour des patients lourdement dépendants		
425692	Honoraires forfaitaires, dits forfait B, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants: - dépendance pour le critère se laver et le critère s'habiller (score 3 ou 4), et - dépendance pour le critère transfert et déplacements et le critère aller à la toilette (score 3 ou 4), et - dépendance pour le critère continence et/ou pour le critère manger (score 3 ou 4)	W10,944

➤ Base réglementaire

Le grief se fonde sur les dispositions de § 6, 8° de l'article 8 de la nomenclature des prestations de santé qui disposent :

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

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

La prestation de toilette a également fait l'objet d'une question parlementaire (question 87 posée le 14 avril 1986 par Monsieur le Sénateur CLIPPELE - Bulletin n° 20, Sénat, session ordinaire 1985-1986, p. 1096 - Bulletin d'information INAMI ...et suivantes) relative au contenu de la toilette ; la réponse est la suivante :

"(...) La prestation de toilette ne se limite dès lors pas à un acte technique mais comprend un ensemble de soins d'hygiène.

Par soins d'hygiène, il faut entendre le bain, les soins de bouche, des dents, des ongles et de la chevelure.

Le cas échéant, la toilette comprend l'installation de la personne au fauteuil et son habillement.

Ces soins se complètent par l'observation, la surveillance, la prévention, la mobilisation du malade, l'éducation sanitaire de celui-ci et de son entourage (...)"

Une récente jurisprudence de la CR en date du ... (E...) précise en outre ce que doivent comprendre ces soins d'hygiène :

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

➤ Cas retenus et nombre de prestations

1. Monsieur C : concerné au grief 1 et grief 2

« Forfaits « B » code 425294

Période 1^{er} décembre 2013 au 31 mars 2014 Honoraires « F.B »

Indu à titre subsidiaire :

La prestation d'honoraire forfaitaire « B » est concernée à titre subsidiaire car est déjà concernée à titre principal par le grief 2 « dossier infirmier non conforme à la législation »

L'indu résiduel est de 0,00 €

Déjà concernées à titre principal sous le grief 2		
Prestation	Nombre de prestations	Indu résiduel
425294	1	
Totaux	1	0,00 €

2. Monsieur F. : Les prestations litigieuses de cet assuré sont déjà concernées à titre principal par le grief n°2 « dossiers infirmiers non conformes à la législation ».

Forfaits « A » codes 425270 et 425670

Période du 1^{er} janvier au 31 mars 2014

Concerne des prestations d'honoraires forfaitaires Forfaits« A » attestés pour des soins de plaie ou mise de bas alors que la prestation de soin d'hygiène n'est pas fournie

Indu à titre subsidiaire

Les prestations sont déjà retenues à titre principal sous le grief 2 « Dossiers infirmiers non conformes à la législation »

L'indu résiduel est de 0,00 €

Déjà concernées à titre principal sous le grief 2		
Prestation	Nombre de prestations	Indu résiduel
425272	60	
425670	25	

Totaux	85	0,00 €
---------------	-----------	---------------

3. Madame G. Les prestations litigieuses de cette assurée sont déjà concernées à titre principal par le grief n°2 « dossiers infirmiers non conformes à la législation »

Soins d'hygiène à l'acte et forfaits « B »

Période du 1^{er} janvier au 31 mars 2014

Concerne les prestations de soins d'hygiène à l'acte n° code semaine 425110 ou WK et jour férié 425515 partiellement effectuées ou non effectuées. Les honoraires forfaitaires « B » 425294 et 425692 pour lesquels les prestations de soins d'hygiène ne sont pas fournies ou fournies partiellement.

Indu à titre subsidiaire

Toutes les prestations sont déjà retenues à titre principal sous le grief 2 « Dossiers infirmiers non conformes à la législation »

L'indu résiduel est de 0,00 €

Déjà concernées à titre principal sous le grief 2		
Prestation	Nombre de prestations	Indu résiduel
425110	53	
425294	7	
425515	21	
425692	4	
Totaux	85	0,00 €

- Récapitulatif de l'indu à titre subsidiaire: absence de toilette ou toilette incomplète et dans le cadre d'un forfait, réalisation d'un autre soin uniquement.

A titre subsidiaire								
Cas	Assuré	425110	425272	425294	425515	425670	425692	Indu résiduel
1	Monsieur C.			1				
2	Monsieur F.		60			25		
3	Madame G.	53		7	21		4	
	Totaux	53	60	8	21	25	4	
							171	0,00 €

- Indu : 0,00€ puisque l'indu engendré par ces prestations litigieuses est déjà inclus dans l'indu relatif au 2^{ème} grief.

1.4. Quatrième grief : prestations non conformes (formulé à titre subsidiaire)

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

présente loi, ses arrêtés d'exécution ou les conventions ou accords conclus en vertu de cette même loi, s'agissant d'une part, d'honoraires forfaitaires visés à la rubrique II du § 1er, 1° et 2° de l'article 8 de la nomenclature non attestables en ce sens que le degré de dépendance requis par le libellé des prestations litigieuses et défini à l'article 8, § 5, 1° de la nomenclature n'était pas atteint et d'autre part, de soins d'hygiène non attestables chaque jour dans la mesure où le degré de dépendance du bénéficiaire ne répondait pas aux exigences de l'article 8 § 6, 4°.

Plus précisément, il s'agit d'honoraires forfaitaires visés à la rubrique II du § 1er, 1° et 2° de l'article 8 de la NPS non attestables en ce sens que le degré de dépendance requis par le libellé des prestations litigieuses et défini à l'article 8, § 5, 1° de la nomenclature n'était pas atteint et de soins d'hygiène non attestables chaque jour dans la mesure où le degré de dépendance du bénéficiaire ne répondait pas aux exigences de l'article 8 § 6, 4°.

En l'espèce, il s'agit de 5 cas de bénéficiaires pour lesquels la déclaration des assurés et l'évaluation du degré de dépendance effectuée par le Service ont démontré une surévaluation des critères des échelles d'évaluation, ayant entraîné de ce fait une facturation soit de soins d'hygiène (toilette) à l'acte chaque jour, soit de forfaits A, soit de forfaits B non attestables.

Ces faits sont constitutifs d'infraction visée à l'article 73bis 2° de la loi ASSI, coordonnée le 14 juillet 1994, et relèvent des dispositions de l'article 142, §1^{er}, 2° de la même loi.

➤ Prestations en cause

Chapitre III. Soins courants		
Section 4. Soins donnés par infirmières graduées ou assimilées, accoucheuses, infirmières brevetées, hospitalières/assistantes en soins hospitaliers ou assimilées		
Art. 8, § 1 ^{er} . Les prestations suivantes sont considérées comme des prestations qui requièrent la qualification d'infirmière graduée ou assimilée, d'accoucheuse, d'infirmière brevetée, d'hospitalière/assistante en soins hospitaliers ou assimilée, appelées ci-après praticiens de l'art infirmier (W)		
1° Prestations effectuées au cours d'une séance de soins infirmiers au domicile ou à la résidence du bénéficiaire		
I. Séance de soins infirmiers		
A. Prestation de base		
425014	Première prestation de base de la journée de soins	W0,879
B. Prestations techniques de soins infirmiers		
425110	Soins d'hygiène (toilettes)	W1,167
II . Honoraires forfaitaires par journée de soins pour des patients lourdement dépendants		

425294	Honoraires forfaitaires, dits forfait B, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants: - dépendance pour le critère se laver et le critère s'habiller (score 3 ou 4), et- dépendance pour le critère transfert et déplacements et le critère aller à la toilette (score 3 ou 4), et- dépendance pour le critère continence et/ou pour le critère manger (score 3 ou 4)	W 7,31
"2° Prestations effectuées au cours d'une séance de soins infirmiers durant le week-end ou un jour férié au domicile ou à la résidence du bénéficiaire.		
I. Séance de soins infirmiers		
A. Prestation de base		
425412	Première prestation de base de la journée de soins	W 1,206
B. Prestations techniques de soins infirmiers."		
425515	Soins d'hygiène (toilettes)	W 1,754
II . Honoraires forfaitaires par journée de soins pour des patients lourdement dépendants		
425692	Honoraires forfaitaires, dits forfait B, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants: - dépendance pour le critère se laver et le critère s'habiller (score 3 ou 4), et- dépendance pour le critère transfert et déplacements et le critère aller à la toilette (score 3 ou 4), et- dépendance pour le critère continence et/ou pour le critère manger (score 3 ou 4)	W10,944

➤ Base réglementaire

En ce qui concerne les honoraires forfaitaires :

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

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

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

Se laver

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

S'habiller

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

c) Transfert et déplacements

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

d) Aller à la toilette

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

e) Continence

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

f) Manger

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

En ce qui concerne les soins d'hygiène à l'acte

Le grief se base sur les critères de dépendance physique tels qu'ils sont exigés l'art. 8, § 6 de la NPS pour autoriser la facturation d'un soin d'hygiène quotidien :

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

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 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.

(...)"

Directives pour le scoring de l'échelle Katz

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

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

Se laver

1. Est capable de se laver complètement sans aucune aide

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

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

Il existe deux possibilités:

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

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

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

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

Il existe deux possibilités:

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

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

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

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

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

S'habiller

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

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

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

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

Il existe deux possibilités:

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

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

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

Il existe trois possibilités:

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

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

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

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

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

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

Transfert et déplacements

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

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

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

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

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

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

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

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

Il existe deux possibilités:

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

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

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

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

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

Aller à la toilette

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

Ce critère est chaque fois une combinaison de 3 items: se déplacer et s'habiller (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 nyctémère, des pertes involontaires d'urine et/ou de fèces, comme une incontinence due au stress ou une incontinence d'effort. Une personne qui est exclusivement incontinente pour les urines pendant la nuit doit obtenir un score «2». Une personne qui est incontinente pour les urines pendant la nuit et occasionnellement incontinente pour les urines pendant la journée reçoit également un score "2", ou*

b) *Le patient porte un anus artificiel ou une urostomie ou une sonde à demeure, ou*

c) *Le patient réalise son autosondage*

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

Il existe deux possibilités:

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

b) *Le patient présente en permanence un comportement inadapté lors de l'élimination de l'urine ou des fèces.*

4. *Est incontinent pour les urines et les selles*

Il existe deux possibilités :

a) *Le patient présente une perte involontaire d'urine et de fèces de façon permanente. Il est donc incontinent pour l'urine et les selles, ou*

b) *Le patient présente en permanence un comportement inadapté lors de l'élimination de l'urine et des fèces.*

Manger

1. *Est capable de manger et de boire seul*

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

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

Il existe deux possibilités:

a) Le patient a surtout besoin d'une aide préalable pour manger ou boire (par exemple tartiner, couper la viande, servir la boisson,...), ou

b) Le patient est autonome pour manger et boire s'il dispose de moyens d'aide adaptés ou de l'aide occasionnelle de tiers ou moyennant une stimulation et sans la nécessité d'une surveillance et/ou d'une présence continue.

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

Il existe deux possibilités:

a) Le patient a besoin de l'aide partielle de tiers au moins pendant tout le repas principal, ou

b) Le patient reçoit une stimulation (par exemple vocale) individualisée continue (une personne qui s'occupe de maximum 3 patients pour la prise du repas durant toute la durée de celui-ci) et une surveillance active continue lors de la prise de nourriture ou de boissons.

4. Le patient est totalement dépendant pour manger et boire

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

➤ Cas concernés et nombre de prestations

Monsieur D. Les prestations litigieuses de cet assuré sont déjà concernées à titre principal par le grief n°2 « dossiers infirmiers non conformes à la législation »

Forfaits B 425294 et 425692

Période du 01/01/2014 au 31/03/2014 :

L'indu résiduel est de 0,00 €

Déjà concernées à titre principal sous le grief 2 NC		
Prestation	Nombre de prestations	Indu résiduel
425294	60	
425692	25	
Totaux	85	0,00 €

Madame E. Les prestations litigieuses de cette assurée sont déjà concernées à titre principal par le grief n°2 « dossiers infirmiers non conformes à la législation »

Forfaits B 425294 et 425692

Période du 01/01/2014 au 31/03/2014 :

Indu à titre subsidiaire

Concerne les prestations déjà retenues à titre principal sous le grief 2 « Dossiers infirmiers non conformes à la législation »

L'indu résiduel est de 0,00 €

Déjà concernées à titre principal sous le grief 2		
Prestation	Nombre de prestations	Indu résiduel
425294	40	
425692	16	
Totaux	56	0,00 €

Monsieur F. Les prestations litigieuses de cette assurée sont déjà concernées à titre principal par le grief n°2 « dossiers infirmiers non conformes à la législation »

Forfaits B 425294 et 425692

Période du 02/02/2014 au 31/03/2014 :

Indu à titre subsidiaire

Concerne les prestations déjà retenues à titre principal sous le grief 2 « Dossiers infirmiers non conformes à la législation »

L'indu résiduel est de 0,00 €

Déjà concernées à titre principal sous le grief 2		
Prestation	Nombre de prestations	Indu résiduel
425272	60	
425670	25	
Totaux	85	0,00 €

Monsieur F. Les prestations d'honoraires forfaitaires B portés en compte sont déjà concernés à titre principal par le grief 2 «Dossiers infirmiers non conformes à la législation »

Forfaits B425294 et 425692

Période du 20/03/2014 au 31/03/2014 :

Indu à titre subsidiaire

Concerne des prestations déjà retenues à titre principal sous le grief 2 « Dossiers infirmiers non conformes à la législation »

L'indu résiduel est de 0,00 €

Déjà concernées à titre principal sous le grief 2		
Prestation	Nombre de prestations	Indu résiduel
425294	7	
425692	4	
Totaux	11	0,00 €

Monsieur H. Les prestations d'honoraires forfaitaires A portés en compte sont déjà concernés à titre principal par le grief 2 «Dossiers infirmiers non conformes à la législation »

FA 425272 et 425670

Période du 01/01/2014 au 31/03/2014 :

Indu à titre subsidiaire

L'indu résiduel est de 0,00 €

Déjà concernées à titre principal sous le grief 2		
Prestation	Nombre de prestations	Indu résiduel
425272	60	
425670	25	
Totaux	85	0,00 €

➤ Indu : récapitulatif du grief

A titre subsidiaire – prestations déjà concernées à titre principal par le grief 2						
Cas	Assuré	425272	425294	425670	425692	Indu résiduel
1	Monsieur D.		60		25	0,00 €
2	Madame E.		40		16	0,00 €

3	Monsieur F.	60		25		0,00 €
4	Madame G.		7		4	0,00 €
5	Monsieur H.	60		25		0,00 €
Totaux		120	107	50	45	0,00 €
		322				

2 DISCUSSION

2.1. Quant au premier grief – prestations non effectuées

Le grief se fonde sur la teneur des auditions réalisées par le SECM à savoir l'audition des assurés Monsieur C. et Madame B. ainsi que sur celle de la prestataire en date du 04/12/2014 lors de la remise de son PVC.

2.1.1 Concernant le cas de l'assuré Monsieur C.

Prestations honoraires forfaitaires FB portées en compte durant la période du 01/12/2013 au 31/03/2014.

Le grief se fonde sur les déclarations et les éléments suivants

- De Mme B. , épouse du bénéficiaire, en date du 09/09/2014, elle déclare :
« (...) En ce qui concerne mon mari il refuse les toilettes de l'infirmière il est difficile et méchant. Parfois elle peut le laver mais rarement. Mon fils est kiné pensionné mais mon mari ne l'écoute pas... »(...)
- Du fils Monsieur C. en date du 15/09/2015 :
« (...) Après ..., papa a dit stop pour les toilettes par l'infirmière et a décidé de se laver lui-même. Donc, papa se lave seul depuis son retour de ... et l'infirmière s'occupe uniquement de maman. Papa se lave donc seul mais pas chaque jour. Une fois par mois, il reçoit une piqure (...) »
- Constat téléphonique du médecin traitant en date du 03/11/2014 :
« (...) Ce jour à à 14h40, le Dr I. nous a contacté par téléphone suite au message que nous avons laissé sur sa boîte vocale à 13h30. Il nous a confirmé que son patient, Monsieur C. recevait bien une injection intramusculaire de Vitamine B12 par mois et que cette injection était effectuée par l'infirmière et non par lui-même ».

Remarque : dates du séjour à ... : du 08/11/2013 au 29/11/2013

Le grief se fonde également sur les déclarations de Madame A. en date du 04/12/2014 lors de la remise de son PVC

« (...) **Mr C.** Après son séjour à ... je ne l'ai pas lavé tous les jours, car Mr C. refusait la toilette journalière mais je l'ai faite deux fois semaine, jamais le week-end. Nous convenons que c'était le mardi et le vendredi. C'était la volonté du patient et pas la mienne. C'était bien 2 jours semaine, mais que ce n'était pas spécialement ces 2 jours là (...) »

En conclusion, il a été admis par le SECM, suite aux déclarations de la prestataire, que par semaine, 2 soins d'hygiène pouvaient être attestés et il a été convenu de commun accord de choisir le mardi et vendredi.

Dès lors les prestations indues sont les suivantes :

Codes Prestations	Nombre	Indu par prestation
425294	48	1.565,76 €
425692	35	1.698,60 €
Totaux	83	3.264,36 €

2.1.2 Concernant le cas de Madame B.

Prestations honoraires forfaitaires F.A portées en compte durant la période du 12/10/2013 au 07/11/2013

Le grief se fonde sur les déclarations suivantes :

- De Mme B. en date du 09/09/2014 :

« (...) Depuis mon retour de ... elle vient me laver chaque jour et entièrement parfois je vais à la douche.....

Avant ma fracture Fin 2013, l'infirmière ne m'a jamais lavée elle faisait uniquement les pansement (...) »

- Du fils Monsieur C. en date du 15/09/2015 :

« (...) Vous me lisez la déclaration de maman du 09-09-2014 et je la confirme, maman sait ce qu'elle dit, elle a toute sa tête.

L'infirmière de mes parents est une certaine « Madame A. » de l'entité de Je ne connais pas son nom de famille.

C'est vrai que maman est lavée entièrement chaque jour par Madame A. et ce depuis sa fracture de l'humérus (...) »

Dates du séjour à : du 08/11/2013 au 29/11/2013.

Le grief se fonde également sur les déclarations de la prestataire en date du 04/12/2014 lors de la remise de son PVC :

« (...) Je suis d'accord avec le constat : je n'ai jamais effectué de toilette avant son séjour à ... qui a pris fin le 29 novembre 2013. (...) »

Dès lors les prestations indues sont les suivantes :

Codes Prestations	Nombre	Indu par prestation
425272	13	216,28 €
425294	1	32,29 €
425670	6	149,76 €
Totaux	20	398,33 €

En conclusion, le grief est établi dans les deux cas d'assurés concernés par le grief.

2.2. Quant au second grief formulé à titre principal et très partiellement à titre subsidiaire

Le grief se fonde sur la teneur des différentes auditions réalisées par le SECM et dont il résulte que dans aucun des cas d'assurés cités sous ce grief, il n'existait de dossier infirmier complet comme l'exige pourtant le texte de l'article 8 §3, 5° de la Nomenclature des prestations de santé (ci-après NPS) ;

En effet, nulle prestation de soins infirmiers ne peut être portée en compte à l'assurance obligatoire si le dossier infirmier tel que défini à la NPS est incomplet ni, à fortiori, s'il n'existe pas.

Or, des auditions des bénéficiaires concernés par ce grief, il apparaît qu'aucun dossier infirmier ou carnet de soins n'était présent chez l'assuré pour les périodes examinées.

De même cette constatation résulte des déclarations faites MME A. elle-même lors de son audition du 21 octobre 2014.

2.2.1. Concernant le cas de l'assuré Monsieur D.

Prestations portées en compte : honoraires forfaitaires forfaits « B » durant la période du 01/01/2014 au 31/03/2014

Le grief se fonde sur les déclarations suivantes :

- De l'épouse, Mme H. en date du 09/09/2014 :

«(...)Sur question l'infirmière ne laisse aucun cahier ici(...)»

- De la prestataire en date du 21/10/2014 :

« (...) .Vous me demandez les dossiers infirmiers de Monsieur D. Si ces assurés ont des échelles de KATZ antérieures à celles que je vous ai remises, elles ont été remplies par madame K. Je vous remets toutes mes feuilles de facturation qui ont servies à ma tarification pour les mois de janvier – février et mars 2014 (53 feuilles) (...)

(...) Je n'ai pas d'autres documents à vous remettre (...). »

- Position de la prestataire en date du 04/12/2014 lors de la remise de son PVC :

« (...) Mr D.

Je reconnais que je n'ai pas de dossier infirmier, hormis une copie de l'échelle de Katz que je vous ai remise lors de notre entretien du 21/10/2014 à mon domicile.. »(..).

- Documents remis par la prestataire lors du PVA du 21/10/2013.

Trois documents au nom de l'assuré Monsieur D., qui ont servi à L. pour établir la tarification, ils correspondent aux prestations attestées pour la période du 1^{er} janvier au 31 mars 2014.

Ces documents sont décrits aux pages 25 et 26 du PVC du 28/11/2014.

Une échelle de KATZ datée du 17/12/2013 décrite en page 27 du PVC du 28/11/2014.

Ces quatre documents, sont les seuls remis par la prestataire en réponse à la demande du dossier infirmier de Mr D.

Ils ne correspondent pas au contenu minimal obligatoire du dossier infirmier à savoir, les dispositions de l'art. 8, § 3, 5° de la NPS qui subordonne le remboursement des prestations de soins attestées à la tenue d'un dossier infirmier complet, ce dernier étant défini par le contenu de l'art. 8, § 4, 2° et § 8, 5° de la NPS cité ci-dessus:

Dans le cas de Monsieur D., il s'agit de prestations de type 2 selon le schéma du contenu minimal (directives du 23/05/2011 du comité de l'assurance).

Le dossier infirmier devait donc contenir au minimum au niveau 1 l'identité du bénéficiaire, celle du dispensateur de soins, les prestations effectuées, l'échelle d'évaluation. Au niveau 2 : la planification et l'évaluation. Les éléments relevant concernant la planification et l'évaluation doivent être mentionnés au moins toutes les deux semaines.

Dans les documents qui ont été remis au SECM en date du 21/10/2014, seule la copie de l'échelle de Katz fait partie du dossier infirmier, aucune observation sur le soin presté et attesté n'est consignée sur un document papier ou informatique. Aucune observation ou commentaire n'est consigné par rapport aux scores des différents items de l'échelle d'évaluation. Les éléments relevant concernant la planification et l'évaluation qui doivent être mentionnées au moins toutes les deux semaines n'existent pas.

Dès lors, le grief doit être déclaré établi

L'indu qui en résulte, formulé à titre principal, s'élève à 2.883,40 €.

Prestation	Nombre de Prestation	Somme de Montant
425294	60	1.781,40 €
425692	25	1.102,00 €
Totaux	85	2.883,40 €

2.2.2. Concernant le cas de Monsieur C.

Prestations portées en compte et concernées à titre principal: forfaits « B ». Période du 27/02/2013 au 21/03/2014

Le grief se fonde sur les déclarations suivantes :

- De la prestataire en date du 21/10/2014

« (...) Vous me demandez les dossiers.. infirmiers Monsieur C. Je vous remets les échelles de KATZ de 6 personnes.....Je n'ai pas d'autres documents à vous remettre (...). »

- Position de la prestataire en date du 04/12/2014 lors de la remise de son PVC

- « (...) Mr C.

Je reconnais que je n'ai pas de dossier infirmier, hormis une copie de l'échelle de Katz que je vous ai remise lors de notre entretien du 21/10/2014 à mon domicile (...). »

- Documents remis par la prestataire lors du PVA du 21/10/2014..

Quatre documents au nom de l'assuré Monsieur C. ont servi à L. pour établir la tarification. Ils correspondent aux prestations attestées pour la période du 1^{er} décembre 2013 au 31 mars 2014.

Ces documents sont décrits aux pages 29 et 30 du PVC du 28/11/2014.

Une échelle de KATZ datée du 30/11/2013 décrite en page 31 du PVC du 28/11/2014.

Ces cinq documents, sont les seuls remis par la prestataire en réponse à la demande du dossier infirmier de Mr C..

Ils ne correspondent pas au contenu minimal obligatoire du dossier infirmier à savoir, les dispositions de l'art. 8, § 3, 5° de la NPS qui subordonne le remboursement des prestations de soins attestées à la tenue d'un dossier infirmier complet, ce dernier étant défini par le contenu de l'art. 8, § 4 2° et § 8, 5° de la NPS et cité ci-dessus

Dans le cas de Monsieur C., il s'agit de prestations de type 2 selon le schéma du contenu minimal (directives du 23/05/2011 du comité de l'assurance).

Le dossier infirmier devait donc contenir au minimum au niveau 1 l'identité du bénéficiaire, celle du dispensateur de soins, les prestations effectuées, l'échelle d'évaluation. Au niveau 2 : la planification et l'évaluation. Les éléments relevant concernant la planification et l'évaluation doivent être mentionnés au moins toutes les deux semaines.

Dans les documents qui nous ont été remis en date du 21/10/2014, seule la copie de l'échelle de Katz fait partie du dossier infirmier, aucune observation sur le soin presté et attesté, n'est consignée sur un document papier ou informatique. Aucune observation ou commentaire n'est consigné par rapport aux scores des différents items de l'échelle d'évaluation. Les éléments relevant concernant la planification et l'évaluation qui doivent être mentionnés au moins toutes les deux semaines n'existent pas.

En ce qui concerne la prestation d'injection reprise sous le pseudo code 426753, aux dates des 27/12/2013, 30/01/2014, 28/02/2014 et 28/03/2014 l'identité du prescripteur et la prescription médicale (copie ou retranscription) n'apparaît pas sur un document papier ou informatique.

Dès lors, le grief doit être déclaré établi

L'indu qui en résulte, formulé à titre principal, s'élève à **1.078,33 €**.

Prestation	Nombre de Prestation	Somme de Montant
425294	4	129,16 €
425294	29	949,17 €
Totaux	33	1.078,33 €

Le grief est également formulé à titre subsidiaire pour 83 prestations pour lesquelles l'indu est déjà repris dans l'indu afférent au 1^{er} grief.

Déjà concernées à titre principal par le grief 1		
Prestation	Nombre de Prestations	Indu résiduel
425294	48	
425692	35	
Totaux	83	0,00 €

2.2.3. Concernant le cas de l'assurée Madame E.

Prestations portées en compte et concernées par le grief
Période du 01/02/2014 au 31/03/2014

Le grief se fonde sur les déclarations suivantes :

- De la prestataire en date du 21/10/2014 :

« (...) . En ce qui concerne les prescriptions médicales : c'est moi personnellement qui les introduits à chaque mutuelle avec les attestations de soins donnés.

Pour un soins de longue durée (1 an) je joints les prescriptions médicales au premier mois de facturation.

Lorsqu'il s'agit d'une prescription médicale plus courte à cheval sur 2 ou 3 mois, j'introduits la prescription médicale avec les dernières attestations que je rentre en mutuelle.

.....Vous me demandez les dossiers infirmiers de Madame E. Si ces assurés ont des échelles de KATZ antérieures à celles que je vous ai remises, elles ont été remplies par madame K. Je vous remets toutes mes feuilles de facturation qui ont servies à ma tarification pour les mois de janvier – février et mars 2014 (53 feuilles)...

...Je n'ai pas d'autres documents à vous remettre (...). »

- Position de la prestataire le 04/12/2014 lors de la remise de son PVC :

« (...) Mme E.

Je reconnais que je n'ai pas de dossier infirmier et je n'ai pas su vous remettre une copie ou une retranscription de l'échelle de Katz lors de notre entretien du 21/10/2014 à mon domicile... »(..).

- Documents remis par la prestataire lors du PVA du 21/10/2014.

Deux documents remis au nom de l'assurée Madame E., qui ont servi à L. pour établir la tarification, ils correspondent aux prestations attestées pour la période du 1^{er} février au 31 mars 2014.

Ces documents sont décrits à la page 37 du PVC du 28/11/2014.

Aucune échelle de KATZ ou retranscription n'a été remise lors de l'audition du 21/10/2014.

Ces deux documents, sont les seuls remis par la prestataire en réponse à la demande du dossier infirmier de Mme E.

Ils ne correspondent pas au contenu minimal obligatoire du dossier infirmier à savoir, les dispositions de l'art. 8, § 3, 5° de la NPS qui subordonne le remboursement des prestations de soins attestées à la tenue d'un dossier infirmier complet, ce dernier étant défini par le contenu de l'art. 8, § 4 2°et § 8, 5° de la NPS. cité ci-dessus:

Dans le cas de Madame E., il s'agit de prestations de type 1 et type 2 selon le schéma du contenu minimal (directives du 23/05/2011 du comité de l'assurance)

Le dossier infirmier devait donc contenir au minimum au niveau 1 pour le type 1 et le type 2 l'identité du bénéficiaire, celle du dispensateur de soins, les prestations effectuées, l'échelle d'évaluation. Au niveau 2 : la planification et l'évaluation. Les éléments relevant concernant la planification et l'évaluation doivent être mentionnés au moins toutes les deux semaines pour le

niveau 2 et tous les 2 mois pour le niveau 1. Dans ce cas, le type 1 concerne les 3 journées de prestations des 1er, 2 et 28 février 2014

Dans les documents qui nous ont été remis en date du 21/10/2014, il n'y a pas la copie de l'échelle de KATZ ou sa retranscription en ce qui concerne la période du 01/02/2014 au 31/03/2014. La copie de l'échelle de Katz fait partie du dossier infirmier. Aucune observation sur le soin presté et attesté, n'est consignée sur un document papier ou informatique. Aucune observation ou commentaire n'est consigné par rapport aux scores des différents items de l'échelle d'évaluation. Les éléments relevant concernant la planification et l'évaluation qui doivent être mentionnés au moins toutes les deux semaines n'existent pas.

Dès lors, le grief doit être déclaré établi

L'indu qui en résulte, formulé à titre principal, s'élève à **1.910,48 €**

Prestation	Nombre de Prestation	Indu des prestations
423076	1	1,63 €
423275	2	4,92 €
425014	1	2,95 €
425294	40	1.187,60 €
425412	2	8,10 €
425692	16	705,28 €
Totaux	62	1.910,48 €

2.2.4. Concernant le cas de l'assuré Monsieur F.

Prestations portées en compte : honoraires forfaitaires forfait « A »
Période du 01/01/2014 au 31/03/2014

Le grief se fonde sur les déclarations suivantes :

- De l'assuré en date du 09/09/2014/

« (...) Sur question j'ai une infirmière qui s'appelle Madame A. qui vient tous les jours me faire un pansement au pied droit mais surtout même si je n'avais pas besoin de pansement : je ne sais pas mettre mes bas de contention le matin c'est l'infirmière qui me les mets.... Sur question je ne reçois pas de toilette: je me débrouille seul et mon épouse ne doit pas m'aider..... Pour résumer. – Madame A. vient tous les matins faire mon pansement à l'orteil (le second) et pour me mettre mes bas de contention) : vous voyez qu'ils sont sur le bras du fauteuil, car Madame A. va bientôt arriver pour les mettre..... Je ne reçois pas de toilette (...). ».

- De la prestataire en date du 21/10/2014/

*« (...) Vous me demandez les dossiers infirmiers de : Monsieur F.
Je vous remets les échelles de KATZ de 6 personnes, car monsieur F. n'a pas de soins d'hygiène (...) »*

- Position de la prestataire en date du 04/12/2014 lors de la remise de son PVC :

« (...) Mr F.

« (...) Je reconnais que je n'ai pas de dossier infirmier et je n'ai pas su vous remettre une copie ou une retranscription de l'échelle de Katz lors de notre entretien du 21/10/2014 à mon domicile, car Mr F. ne reçoit pas de toilette. Je n'ai pas su vous remettre non plus de prescriptions médicales pour les pansements et les mises de bas de contention (...) »

- Documents remis par la prestataire lors du PVA du 21/10/2014.

Trois documents au nom de l'assuré Monsieur F. ont servi à L. pour établir la tarification. Ils correspondent aux prestations attestées pour la période du 1^{er} janvier au 31 mars 2014.

Ces documents sont décrits aux pages 44 et 45 du PVC du 28/11/2014.

Ces trois documents, sont les seuls remis par la prestataire en réponse à la demande du dossier infirmier de Mr F.

Ils ne correspondent pas au contenu minimal obligatoire du dossier infirmier à savoir, les dispositions de l'art. 8, § 3, 5° de la NPS qui subordonne le remboursement des prestations de soins attestées à la tenue d'un dossier infirmier complet, ce dernier étant défini par le contenu de l'art. 8, § 4 2° et § 8, 5° de la NPS. cité ci-dessus:

Dans le cas de Monsieur F., il s'agit de prestations de type 2 selon le schéma du contenu minimal (directives du 23/05/2011 du comité de l'assurance)

Le dossier infirmier devait donc contenir au minimum au niveau 1 l'identité du bénéficiaire, celle du dispensateur de soins, les prestations effectuées, l'échelle d'évaluation. Au niveau 2 : la planification et l'évaluation. Les éléments relevant concernant la planification et l'évaluation doivent être mentionnés au moins toutes les deux semaines pour le niveau 2.

Dans les documents qui nous ont été remis en date du 21/10/2014, il n'y a pas la copie de l'échelle de KATZ ou sa retranscription en ce qui concerne la période du 01/01/2014 au 31/03/2014. La copie de l'échelle de Katz fait partie du dossier infirmier. Aucune observation sur le soin presté et attesté, n'est consignée sur un document papier ou informatique. Aucune observation ou commentaire n'est consigné par rapport aux scores des différents items de l'échelle d'évaluation. Les éléments relevant concernant la planification et l'évaluation qui doivent être mentionnés au moins toutes les deux semaines n'existent pas.

En ce qui concerne la prestation d'injection reprise sous le pseudo code 426753 du 1^{er} janvier 2014 au 31 janvier 2014 l'identité du prescripteur et la prescription médicale (copie ou retranscription) n'apparaît pas sur un document papier ou informatique.

Sur les feuilles de tarification pour la société L., est inscrite la mention « p4 » chaque jour attesté, cette mention veut dire selon la légende reprise sur ledit document « bandage, pansement de compression, enlèvement ou mise de bas ».

Pour cette prestation dont le pseudo code, le 427276, est indiqué uniquement sur l'attestation de soins pour les journées du 22 mars au 31 mars 2014 l'identité du prescripteur et la prescription médicale (copie ou retranscription) n'apparaît pas sur un document papier ou informatique.

Dès lors, le grief doit être déclaré établi

L'indu qui en résulte, formulé à titre principal, s'élève à **1.249,65 €**

Prestation	Nombre de Prestations	Indu des prestations
425272	60	770,40 €
425670	25	479,25 €
Totaux	85	1.249,65 €

2.2.5. Concernant le cas de Madame B.

Prestations portées en compte FA et FB

A titre subsidiaire : pour la période du 12/10/2013 au 07/11/2013 car concernés par grief 1 (NE)

A titre principal : pour la période du 01/12/2013 au 31/03/2014

Le grief se fonde sur les déclarations suivantes :

- Déclaration de la prestataire en date du 21/10/2014 :

« (...) Vous me demandez les dossiers.. infirmiers Madame B. Je vous remets les échelles de KATZ de 6 personnes.....Je n'ai pas d'autres documents à vous remettre:(...). »

- Position de la prestataire en date du 04/12/2014 lors de la remise de son PVC :

« (...) ° Mme B.

Je reconnais que je n'ai pas de dossier infirmier, hormis une copie de l'échelle de Katz que je vous ai remise lors de notre entretien du 21/10/2014 à mon domicile (...) ».

- Documents remis par la prestataire lors du PVA du 21/10/2014

Six documents au nom de l'assurée B. ont servi à L. pour établir la tarification. ils correspondent aux prestations attestées pour la période du 1^{er} octobre 2013 au 31 mars 2014.

Ces documents sont décrits aux pages 56 à 59 du PVC du 28/11/2014.

Une échelle de KATZ datée du 30/11/2013 décrite à la page 60 du PVC du 28/11/2014.

Ces sept documents remis par Mme A. au SECM, sont les seuls remis en réponse à la demande du dossier infirmier de Mme B.

Ils ne correspondent pas au contenu minimal obligatoire du dossier infirmier à savoir, les dispositions de l'art. 8, § 3, 5° de la NPS qui subordonne le remboursement des prestations de soins attestées à la tenue d'un dossier infirmier complet, ce dernier étant défini par le contenu de l'art. 8, § 4 2° et § 8, 5° de la NPS comme cité ci-dessus

Dans le cas de Madame B., il s'agit de prestations de type 2 selon le schéma du contenu minimal (directives du 23/05/2011 du comité de l'assurance)

Le dossier infirmier devait donc contenir au minimum au niveau 1 l'identité du bénéficiaire, celle du dispensateur de soins, les prestations effectuées, l'échelle d'évaluation. Au niveau 2 : la planification et l'évaluation. Les éléments relevant concernant la planification et l'évaluation doivent être mentionnés au moins toutes les deux semaines pour le niveau 2.

Dans les documents qui nous ont été remis en date du 21/10/2014, il n'y a pas la copie de l'échelle de KATZ ou sa retranscription en ce qui concerne la période du 12/10/2013 au 07/11/2013 ; seule la période du 01/12/2013 au 31/03/2014. La copie de l'échelle de Katz fait partie du dossier infirmier, aucune observation sur le soin presté et attesté, n'est consignée sur un document papier ou informatique. Aucune observation ou commentaire n'est consigné par rapport aux scores des différents items de l'échelle d'évaluation. Les éléments relevant concernant la planification et l'évaluation qui doivent être mentionnés au moins toutes les deux semaines n'existent pas.

Dès lors, le grief doit être déclaré établi

L'indu qui en résulte, formulé à titre principal pour les prestations du 01/12/2013 au 31/03/2014, s'élève à 4.340,49 €.

Prestation	Nombre de Prestation	Indu des prestations
425294	21	678,09
425294	60	1.963,80
425692	10	480,60
425692	25	1.218,00
Totaux	116	4.340,49

Le grief est également formulé à titre subsidiaire pour 20 prestations concernant la période du 12/10/2013 au 07/11/2013 pour lesquelles l'indu est déjà repris dans l'indu afférent au 1^{er} grief.

L'indu résiduel est donc de 0,00 €

Déjà concernées à titre principal sous le grief 1		
Prestation	Nombre de prestations	Indu résiduel
425272	1	
425272	12	
425294	1	
425670	6	
Totaux	20	0,00 €

2.2.6. Concernant le cas de l'assurée Madame G.

Prestations portées en compte et concernées par le grief : pansements complexes, toilettes à l'acte, 1ères prestations de base et honoraires forfaitaires F.B
Période du 01/01/2014 au 31/03/2014

Le grief se fonde sur les déclarations suivantes :

- De l'assurée en date du 09/09/2014 :

« (...)...Pour résumer....
L'infirmière ne laisse aucun dossier ici à la maison (...). »

- De la prestataire en date du 21/10/2014 :

« (.).Vous me demandez les dossiers infirmiers de : Madame G.
Je vous remets les échelles de KATZ de 6 personnes.....
.....Je n'ai pas d'autres documents à vous remettre (.) ».

- Position de la prestataire le 04/12/2014 lors de la remise de son PVC :

« (...) Mme G.
Je reconnais que je n'ai pas de dossier infirmier, hormis une copie de l'échelle de Katz couvrant la période du 20/03/2014 au 19/03/2015 que je vous ai remise lors de notre entretien du 21/10/2014 à mon domicile. Avant la date du 20/03/2014, je n'avais pas d'échelle de Katz à vous remettre
Pour ses soins complexes de plaies, je n'ai pas su vous remettre de copies de prescriptions médicales ni de retranscriptions de ces dernières (...) »

- Documents remis par la prestataire lors du PVA du 21/10/2014

Trois documents au nom de l'assurée Madame G. ont servi à L. pour établir la tarification. Ils correspondent aux prestations attestées pour la période du 01 janvier au 31 mars 2014.

Ces documents sont décrits aux pages 66 à 67 du PVC du 28/11/2014.

Une échelle de KATZ datée du 23/03/2014 décrite en page 68 du PVC du 28/11/2014.

Ces quatre documents remis par Mme A. au SECM, sont les seuls remis en réponse à la demande du dossier infirmier de Mme G.

Ils ne correspondent pas au contenu minimal obligatoire du dossier infirmier à savoir, les dispositions de l'art. 8, § 3, 5° de la NPS qui subordonne le remboursement des prestations de soins attestées à la tenue d'un dossier infirmier complet, ce dernier étant défini par le contenu de l'art. 8, § 4 2° et § 8, 5° de la NPS. Cités ci-dessus:

Dans le cas de Madame G., il s'agit de prestations de type 1 et type 2 selon le schéma du contenu minimal (directives du 23/05/2011 du comité de l'assurance)

Le dossier infirmier devait donc contenir au minimum au niveau 1 pour le type 1 et le type 2 l'identité du bénéficiaire, celle du dispensateur de soins, les prestations effectuées, l'échelle d'évaluation. Au niveau 2 : la planification et l'évaluation. Les éléments relevant concernant la planification et l'évaluation doivent être mentionnés au moins toutes les deux semaines pour le niveau 2 et tous les 2 mois pour le niveau 1. Dans ce cas, le type 1 concerne la période du 1^{er} janvier 2014 au 17 mars 2014 car les prestations portées en compte sont des prestations à l'acte.

Dans les documents qui nous ont été remis en date du 21/10/2014, il n'y a pas la copie de l'échelle de KATZ ou sa retranscription en ce qui concerne la période du 01/01/2014 au 26/03/2014. Seule la période du 20/03/2014 au 19/03/2015 est couverte par l'échelle de KATZ du 23/03/2014. La copie de l'échelle de Katz fait partie du dossier infirmier, aucune observation sur le soin presté et attesté, n'est consignée sur un document papier ou informatique. Aucune observation ou commentaire n'est consigné par rapport aux scores des différents items de l'échelle d'évaluation. Les éléments relevant concernant la planification et l'évaluation qui doivent être mentionnés au moins tous les deux mois pour les prestations du type 1 n'existent pas (pour le type 2 tous les deux semaines)

En ce qui concerne les prestations à l'acte de soins complexe de plaie (code semaine 424351 ou code WK 424513) l'identité du prescripteur et la prescription médicale (copie ou retranscription) n'apparaît pas sur un document papier ou informatique.

Remarque : Il est à préciser que le soin complexe de plaie codes 424351, 424513, peuvent uniquement être attestées à condition qu'un dossier soins de plaie(s) spécifiques soit établi et tenu à jour. Ce dossier fait partie intégrante du dossier infirmier visé au § 4, 2° de l'article 8 de la NPS. Il doit répondre, au niveau de son contenu, à une directive qui a été fixée par le Comité de l'assurance soins de santé sur proposition de la Commission de convention praticiens de l'art infirmier-organismes assureurs

Dès lors, le grief doit être déclaré établi

L'indu qui en résulte, formulé à titre principal, s'élève à 1.600,30 €.

Prestation	Nombre de Prestation	Indu des prestations
424351	33	259,71 €
424513	15	171,90 €
425014	53	195,04 €
425110	53	276,66 €
425294	7	229,11 €
425412	21	108,15 €
425515	21	164,85 €
425692	4	194,88 €
Totaux	207	1.600,30 €

2.2.7. Dans le cas de l'assurée Madame H.

Prestations portées en compte honoraires forfaitaires « forfait A »
Période du 1^{er} janvier au 31 mars 2014

Le grief se fonde sur les déclarations suivantes :

- Déclaration de Mme H. en date du 09/09/2014

« (...) Sur question l'infirmière ne laisse aucun cahier ici (...) »

- Déclaration de la prestataire en date du 21/10/2014 :

« (...) .Vous me demandez les dossiers infirmiers de :.....Madame H.
Je vous remets les échelles de KATZ de 6 personnes.....
.....Je n'ai pas d'autres documents à vous remettre (...) ».

- Position de la prestataire le 04/12/2014 lors de la remise de son PVC :

« (...) Mme H.
Je reconnais que je n'ai pas de dossier infirmier, hormis une copie de l'échelle de Katz datée du 24/12/2013 couvrant la période du 23/12/2013 au 22/12/2014 que je vous ai remise lors de notre entretien du 21/10/2014 à mon domicile (...) »

- Documents remis par la prestataire lors du PVA du 21/10/2014.

Trois documents au nom de l'assurée Madame H. ont servi à L. pour établir la tarification. Ils correspondent aux prestations attestées pour la période du 01 janvier au 31 mars 2014

Ces trois documents sont décrits aux pages 74 et 75 du PVC du 28/11/2014.

Une échelle de KATZ datée du 24/12/2013 décrite en page 76 du PVC du 28/11/2014.

Ces quatre documents remis par Mme A. au SECM, sont les seuls remis en réponse à la demande du dossier infirmier de Mme H.

Ils ne correspondent pas au contenu minimal obligatoire du dossier infirmier à savoir, les dispositions de l'art. 8, § 3, 5° de la NPS qui subordonne le remboursement des prestations de soins attestées à la tenue d'un dossier infirmier complet, ce dernier étant défini par le contenu de l'art. 8, § 4 2° et § 8, 5° de la NPS cité ci-dessus

Dans le cas de Madame H., il s'agit de prestations de type 2 selon le schéma du contenu minimal (directives du 23/05/2011 du comité de l'assurance)

Le dossier infirmier devait donc contenir au minimum au niveau 1 l'identité du bénéficiaire, celle du dispensateur de soins, les prestations effectuées, l'échelle d'évaluation. Au niveau 2 : la planification et l'évaluation. Les éléments relevant concernant la planification et l'évaluation doivent être mentionnés au moins toutes les deux semaines pour le niveau 2.

Dans les documents nous remis en date du 21/10/2014, il y a la copie de l'échelle de Katz qui fait partie du dossier infirmier, mais aucune observation sur le soin presté et attesté, n'est consignée sur un document papier ou informatique. Aucune observation ou commentaire n'est consigné par rapport aux scores des différents items de l'échelle d'évaluation. Les éléments relevant concernant la planification et l'évaluation qui doivent être mentionnés au moins toutes les deux semaines n'existent pas.

Dès lors, le grief doit être déclaré établi

L'indu qui en résulte, formulé à titre principal, s'élève à 1.249,65 €.

Prestation	Nombre de Prestation	Indu des prestations
425272	60	770,40 €
425670	25	479,25 €
Totaux	85	1.249,65 €

2.2.8. Récapitulatif de l'indu relatif au 2^{ème} grief

A titre principal														
Cas	Assuré	423076	423275	424351	424513	425014	425110	425272	425294	425412	425515	425670	425692	Indu
1	Monsieur D.							60					25	2.883,40 €
2	Monsieur C.							33						1.078,33 €
3	Madame E.	1	2			1		40	2				16	1.910,48 €
4	Monsieur F.						60					25		1.249,65 €
5	Madame B.							81					35	4.340,49 €
6	Madame G.			33	15	53	53	7	21	21			4	1.600,30 €
7	Madame H.						60					25		1.249,65 €
Totaux		1	2	33	15	54	53	120	221	23	21	50	80	
													673	14.312,30 €

A titre subsidiaire						
Cas	Assuré	425272	425294	425670	425692	Indu résiduel
1	Monsieur C.		48		35	
2	Madame B.	13	1	6		
Totaux		13	49	6	35	
					103	0,00 €

2.3. Quant au troisième grief (formulé à titre subsidiaire)

2.3.1. Concernant le cas de l'assuré Monsieur C. concerné au grief 1 et grief 2

« Forfaits « B » code 425294

Période 1^{er} décembre 2013 au 31 mars 2014 Honoraires « F.B »

Seul le jeudi 30/01/2014 est concerné à titre subsidiaire par ce 3^{ème} grief vu l'absence de soin d'hygiène, alors que le forfait B est attesté. Ce jour là une injection de Vitamine B12 a été faite.

Le grief se fonde sur les éléments suivants

- Constat téléphonique du 03/11/2014 effectué par le Dr M. médecin-inspecteur
« (...) Ce jour à 14h40, le Dr I. nous a contacté par téléphone suite au message que nous avons laissé sur sa boîte vocale à 13h30.

Il nous a confirmé que son patient, Monsieur C. recevait bien une injection intramusculaire de Vitamine B12 par mois et que cette injection était effectuée par l'infirmière et non par lui-même (...) »

- Position de la prestataire le 04/12/2014 lors de la remise de son PVC :

*« (...) Mr C.
Je faisais la piqûre une fois le dernier vendredi du mois et pas de toilette. (...) »*

Le grief est dès lors établi.

La prestation d'honoraire forfaitaire « B » est formulée à titre subsidiaire car est déjà concernée à titre principal par le grief 2 « dossier infirmier non conforme à la législation »

L'indu résiduel est de 0,00 €.

Déjà concernées à titre principal sous le grief 2		
Prestation	Nombre de prestations	Indu résiduel
425294	1	
Totaux	1	0,00 €

2.3.2. Concernant le cas de l'assuré Monsieur F.

Le grief concerne des prestations d'honoraires forfaitaires Forfaits « A » attestés pour des soins de plaie ou mise de bas alors que la prestation de soin d'hygiène n'est pas fournie.

Forfaits « A » codes 425270 et 425670

Période du 1^{er} janvier au 31 mars 2014

Les prestations litigieuses relatives à cet assuré sont déjà concernées à titre principal par le grief n°2 « dossiers infirmiers non conformes à la législation ».

Le grief se fonde sur les déclarations suivantes :

- PVA du bénéficiaire en date du 09/09/2014 :

« (...) Sur question je ne reçois pas de toilette: je me débrouille seul et mon épouse ne doit pas m'aider.

- Je ne reçois pas de toilette (...). »

- Déclaration de Mme A. en date du 21/10/2014 :

*« (...) Vous me demandez les dossiers infirmiers de : Monsieur F.
Je vous remets les échelles de KATZ de 6 personnes, car monsieur F. n'a pas de soins d'hygiène (...). »*

- Position de la prestataire en date du 04/12/2014 lors de la remise de son PVC, :

*(...)
«... » Mr F.
En effet, je ne faisais pas de toilette du tout.. « » (..)*

Les prestations sont déjà retenues à titre principal sous le grief 2 « Dossiers infirmiers non conformes à la législation »

L'indu résiduel est donc de 0,00 €

Déjà concernées à titre principal sous le grief 2		
Prestation	Nombre de prestations	Indu résiduel
425272	60	
425670	25	
Totaux	85	0,00 €

2.3.3. Concernant le cas de Madame G.

Le grief concerne les prestations de soins d'hygiène à l'acte n° code semaine 425110 ou WK et jour férié 425515 partiellement effectuées ou non effectuées. Les honoraires forfaitaires « B » 425294 et 425692 pour lesquels les prestations de soins d'hygiène ne sont pas fournies ou fournies partiellement.

Soins d'hygiène à l'acte et forfaits « B »
Période du 1^{er} janvier au 31 mars 2014

Les prestations litigieuses de cette assurée sont déjà concernées à titre principal par le grief n°2 « dossiers infirmiers non conformes à la législation »

Le grief se fonde sur les éléments suivants :

- PVA de la bénéficiaire Madame G. en date du 09/09/2014
« (...) Chaque jour, elle me refait mon pansement d'ulcère. Elle lave le pourtour de l'ulcère, elle met soit du tulle isobétadine ou aquacel sur la plaie, de la pommade d'Elocom autour puis elle met compresse puis une bande velpeau.....
Le mardi, jeudi et samedi elle me lave le dos, les pieds et les jambes jusqu'aux genoux.
Je suis très indépendante et aucune infirmière ne m'a lavée entièrement....
Je me lave moi-même et change mon linge quand nécessaire, je ne veux pas qu'une autre personne le fasse à ma place (...) »
- Position de la prestataire en date du 04/12/2014 lors de la remise de son PVC.
« (...) Mme G.
Il est vrai que la toilette n'est pas complète, je lave un dos pieds le mardi, jeudi et samedi. Mais j'y vais tous les jours pour les pansements. (...) »

Toutes les prestations sont déjà retenues à titre principal sous le grief 2 « Dossiers infirmiers non conformes à la législation »

L'indu résiduel est donc de 0,00 €

Déjà concernées à titre principal sous le grief 2		
Prestation	Nombre de prestations	Indu résiduel
425110	53	
425294	7	
425515	21	
425692	4	
Totaux	85	0,00 €

- 2.3.4. Récapitulatif de l'indu relatif à ce 3^{ème} grief formulé à titre subsidiaire: absence de toilette ou toilette incomplète et dans le cadre d'un forfait, réalisation d'un autre soin uniquement.

A titre subsidiaire								
Cas	Assuré	425110	425272	425294	425515	425670	425692	Indu résiduel
1	Monsieur C.			1				
2	Monsieur F.		60			25		
3	Madame G.	53		7	21		4	
	Totaux	53	60	8	21	25	4	
							171	0,00 €

2.4. Quant au quatrième grief (formulé à titre subsidiaire)

Le grief se fonde sur :

- la déclaration des assurés ou de témoins privilégiés.
- la circulaire n°2011/1 sous références 1240/OMZ-CIRC/INF-11-1-f, d'application depuis le 1^{er} avril 2011.
- l'analyse des données informatisées transmises et authentifiées par les différents organismes assureurs conformément au prescrit de l'article 138 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

2.4.1. Concernant le cas de l'assuré Monsieur D.

Les prestations litigieuses de cet assuré sont déjà concernées à titre principal par le grief n°2 « dossiers infirmiers non conformes à la législation »

Forfaits B 425294 et 425692

Période du 01/01/2014 au 31/03/2014 :

- Tableau du scoring du prestataire daté du 17/12/2013, couvrant la période du 10/12/2013 au 09/12/2014.

Critères	Cotation prestataire. FB	Cotation SECM FA
Se Laver	4	4
S'Habiller	4	4
Transfert et déplacement	3	3
Aller à la toilette	3	2
Continence	3	2
Manger	3	2

- Extrait PVA de l'épouse Madame H. du 09/09/2014 :

« () Se déplacer dans la maison il se déplace en se tenant aux meubles et parfois il prend sa tribune surtout matin et soir. Avec difficultés il se lève du fauteuil du lit de la chaise... Il ne sort plus en rue par peur de tomber. Il conduit encore la voiture dans la commune il a l'autorisation de la IBSR jusqu'en 2015.....

Aller à la toilette il sait aller seul, il y a un rehausseur, une poignée

Il peut remettre son slip, pantalon et peut s'essuyer avec son bras droit.

Incontinence il ne souffre pas d'incontinence urinaire ni fécale.

Parfois la nuit comme il a des problèmes pour se relever, il a parfois mais c'est rare un petit accident avec les urines. Il ne porte pas de protection.

Manger, il arrive que je coupe la viande comme côte de porc et steak le reste ça va. Il sait manger seul avec la main droite.

C'est toujours moi qui fait sa tartine je ne sais pas ni lui non plus si il peut le faire. () »

- Justification du scoring du SECM sur base de la circulaire 2011/1

Aller à la toilette :

Le SECM met un « 2 » il sait aller seul aux toilettes , il y a un rehausseur, une poignée et il peut se déshabiller, s'essuyer et se rhabiller seul.

Incontinence

Le SECM met un « 2 » il ne souffre pas d'incontinence urinaire ni fécale.

Parfois la nuit comme il a des problèmes pour se relever ce qui a déjà été coté dans l'item transfert et déplacement, il a parfois mais rarement un petit accident avec les urines. Il ne porte pas de protection.

Manger

Le SECM met un « 2 » car il sait manger seul lorsque son assiette est préparée.

En conclusion , ces cotations permettent l'attestation d'un honoraire forfaitaire A, code semaine 425272 et code WK ou jour férié 425670.

Ce grief concerne les prestations déjà retenues à titre principal sous le grief 2 « Dossiers infirmiers non conformes à la législation »

L'indu résiduel est donc de 0,00 €

Déjà concernées à titre principal sous le grief 2 NC		
Prestation	Nombre de prestations	Indu résiduel
425294	60	
425692	25	
Totaux	85	0,00 €

2.4.2. Concernant le cas de l'assurée Madame E.

Les prestations litigieuses de cette assurée sont déjà concernées à titre principal par le grief n°2 « dossiers infirmiers non conformes à la législation »

Forfaits B 425294 et 425692

Période du 01/01/2014 au 31/03/2014 :

- Echelle de Katz reçue au service du médecin conseil pour la période du 1er février au 02/06/2014

Critères	Cotation prestataire FB	Cotation SECM T7
Se Laver	4	2
S'Habiller	4	2
Transfert et déplacement	3	2
Aller à la toilette	3	1
Contenance	2	3
Manger	3	1

- Extrait du PVA de Mme E. en date du 09/09/2014

« () - je fais ma toilette moi-même et une fois par semaine je prends un bain en m'asseyant sur le bord de la baignoire. Mais à cause de ma phlébite en ce moment je me lave au bassin.
 - pour m'habiller : je n'ai pas de problème et je sais mettre aussi mon lombostat, sauf en ce moment car j'ai mal au pli de l'aîne à droite. Mon lombostat est facile à mettre car il y a un velcro. Je ne sais plus mettre de panty, alors je mets une bande élastique à la jambe droite moi-même.
 - pour me déplacer : j'ai une canne et je monte à l'étage me coucher
 - l'entretien de ma maison est fait par une aide-familiale.
 - pour aller à la toilette : je n'arrive pas toujours à temps, donc je porte des protections la journée et la nuit malgré que je me lève plusieurs fois et que ma protection est plus forte que celle que je porte la journée : ma protection pour la nuit est toute mouillée le matin quand je me lève. Je sais m'essuyer et me rhabiller toute seule. J'ai mis un rehausseur sur la toilette de l'étage.
 - pour manger je sais manger seule et aujourd'hui je vais faire le dîner moi-même j'en ai envie. () »

- Justification du scoring du SECM sur base de la circulaire 2011/1

Se laver

Le SECM met un « 2 » l'assurée a déclaré faire seule sa toilette

S'habiller

Le SECM met un « 2 » l'assurée a déclaré ne pas avoir de problème, elle sait mettre son lombostat, une bande élastique à la jambe droite.

Transfert et déplacements

Le SECM met un « 2 » car l'assurée peut monter à l'étage, se déplace seule dans la maison avec appui aux meubles.

Aller à la toilette :

Le SECM met un « 2 » elle sait aller seule aux toilettes, il y a un rehausseur, elle peut se, s'essuyer et se rhabiller seule

En conclusion, ces cotations aux critères de dépendance permettent une toilette journalière code semaine 425110 et code WK ou jour férié 425515

Le grief concerne les prestations déjà retenues à titre principal sous le grief 2 « Dossiers infirmiers non conformes à la législation »

L'indu résiduel est donc de 0,00 €

Déjà concernées à titre principal sous le grief 2		
Prestation	Nombre de prestations	Indu résiduel
425294	40	
425692	16	
Totaux	56	0,00 €

2.4.3. Concernant le cas de l'assuré Monsieur F.

Les prestations litigieuses de cet assuré sont déjà concernées à titre principal par le grief n°2 « dossiers infirmiers non conformes à la législation »

Forfaits B 425294 et 425692

Période du 02/02/2014 au 31/03/2014 :

- Echelle de Katz reçue au service du médecin conseil pour la période du 02/02/2014 au 31/03/2014

Critères	Cotation Prestataire FB	Cotation SECM T2
Se Laver	4	2
S'Habiller	4	2
Transfert et déplacement	4	2
Aller à la toilette	3	1
Contenance	2	1
Manger	2	1

- Extrait PVA de l'assuré du 09/09/2014 :

« (...) Sur question je ne reçois pas de toilette: je me débrouille seul et mon épouse ne doit pas m'aider.....

Vous me demandez si je sais m'habiller seul : oui, parfois mon épouse m'aide.

Je ne sais pas mettre mes chaussettes.

Je n'ai pas de problème d'incontinence.

J'ai difficile à marcher mais jusqu'à présent je n'utilise pas de canne.

Pour manger : je ne mange pas de viande et je sais manger seul en tremblant un petit peu.

Notre appartement est tout à fait plat sauf le garage et la cave.

Il n'y a pas d'ascenseur.

Je descends tout doucement les escaliers et je les monte aussi en me tenant à la rampe : je le fais en 2 fois car je suis essoufflé.....

Sur question, je précise que je prends un bain et temps en temps mais avec l'aide de mon épouse.....

Sur question, il est arrivé que l'infirmière revienne le soir mais cela est très rare.

Pour résumé :

- Madame A. vient tous les matins faire mon pansement à l'orteil (le second) et pour me mettre mes bas de contention) : vous voyez qu'ils sont sur le bras du fauteuil, car Madame A. va bientôt arriver pour les mettre.

- Le soir c'est mon épouse qui me les enlève avec beaucoup de difficultés ;

- Je ne reçois pas de toilette...(...)»

- Justification du scoring du SECM sur base de la circulaire 2011/1

Se laver.

Le SECM met un « 2 » l'assuré a déclaré faire seul sa toilette, il se débrouille seul et son épouse ne doit pas l'aider hormis parfois pour un bain.

S'habiller

Le SECM met un « 2 » l'assuré a déclaré que parfois son épouse l'aide et qu'il ne sait pas mettre ses chaussettes.

Transfert et déplacements

Le SECM met un « 2 » l'assuré a déclaré que l'appartement est tout à fait plat sauf le garage et la cave. Il n'y a pas d'ascenseur, il descend tout doucement les escaliers et les monte aussi en se tenant à la rampe il le fait en 2 fois car il est essoufflé...

Aller à la toilette

Le SECM met un « 1 » car l'assuré peut se déplacer, s'habiller..

Contenance

Le SECM met un « 1 » car l'assuré a déclaré qu'il n'avait pas de problème d'incontinence.

Manger

Le SECM met un « 1 » car l'assuré a déclaré qu'il ne mange pas de viande et sait manger seul en tremblant « un petit peu ».

En conclusion, ces cotations aux critères de dépendance permettent un maximum de deux toilettes semaine mais aucune toilette 425515 (code WK ou jour férié) ne peut être attestée.

Le grief concerne des prestations déjà retenues à titre principal sous le grief 2 « Dossiers infirmiers non conformes à la législation »

L'indu résiduel est donc de 0,00 €

Déjà concernées à titre principal sous le grief 2		
Prestation	Nombre de prestations	Indu résiduel
425272	60	
425670	25	
Totaux	85	0,00 €

2.4.4. Concernant le cas de Madame G.

Les prestations d'honoraires forfaitaires B portés en compte sont déjà concernés à titre principal par le grief 2 «Dossiers infirmiers non conformes à la législation »

Forfaits B425294 et 425692

Période du 20/03/2014 au 31/03/2014 :

- Echelle de Katz introduite chez médecin conseil le 17/09/2013, elle concerne la période du 16/09/2013 au 15/09/2014

Critères	Cotation prestataire FB	Cotation SECM T/7
Se Laver	4	2
S'Habiller	4	2
Transfert et déplacement	2	2
Aller à la toilette	2	2
Continence	3	4
Manger	1	1

- Echelle de Katz introduite chez médecin conseil le 28/03/2014, elle concerne la période du 20/03/2014 au 10/03/2015

Critères	Cotation prestataire FB	Cotation SECM T/7
Se Laver	4	2
S'Habiller	4	2
Transfert et déplacement	3	2
Aller à la toilette	3	2
Continence	4	4
Manger	3	1

- Extrait du PVA de l'assurée 09/09/2014

« (...) Depuis le décès de mon mari en janvier 2014, je souffre d'incontinence urinaire et fécale et je mets des langes culottes.

Je me lave moi-même et change mon lange quand nécessaire, je ne veux pas qu'une autre personne le fasse à ma place. Je vais répondre à vos questions.

me laver : je fais moi-même sauf dos et pieds.

m'habiller : je le fais moi-même avec difficultés pour mettre des robes (c'est ma fille qui m'aide). Les demi-bas sont mis par Madame A.. Le lange je le mets moi-même.

me déplacer : je sais me lever du fauteuil, chaise, me mettre dans mon lit médical mais avec pénibilité. Pour aller dehors je vais avec ma canne ou le rollator si je vais à l'hôpital. Dans la maison je me tiens aux meubles, je dors en bas.

aller à la toilette : je vais seule, je sais m'asseoir sur le WC qui est haut. Je sais me déshabiller, m'essuyer et me rhabiller.

incontinence : urinaire et fécale depuis janvier 2014. Avant j'avais déjà des problèmes mais contrôlables.

manger : Je cuisine moi-même des repas complets. Les courses sont faites par les enfants.

Je fais mon ménage mais j'ai une aide 4 heures semaines ou 8 H.

J'ai dû mal à lire mais je dois aller chercher mes lunettes...(...) »

- Justification du scoring du SECM sur base de la circulaire 2011/1

Se laver

Le SECM met un « 2 » l'assurée a déclaré que l'infirmière ne lui lavait uniquement le dos, pieds et jambes jusqu'aux genoux.

S'habiller

Le SECM met un « 2 » l'assurée a déclaré que sa fille l'aidait à mettre sa robe, que l'infirmière lui mettait ses mi bas et qu'elle mettait son lange seule

Transfert et déplacements

Le SECM met un « 2 » l'assurée a déclaré savoir se lever seule du fauteuil, chaise (vérifié par SECM), se mettre dans son lit médical mais avec pénibilité. Aller dehors avec sa canne ou le rollator. Dans la maison elle se tient aux meubles, et dort en bas

Aller à la toilette

Le SECM met un « 1 » car l'assurée peut se déplacer, se déshabiller, s'essuyer et se rhabiller.

Manger

Le SECM met un « 1 » car l'assurée a déclaré faire ses repas complets elle même.

En conclusion, ces cotations aux critères de dépendance permettent une toilette journalière code semaine 425110 et code WK ou jour férié 425515 et non un honoraire « FB »

Le grief concerne des prestations déjà retenues à titre principal sous le grief 2 « Dossiers infirmiers non conformes à la législation »

L'indu résiduel est donc de 0,00 €

Déjà concernées à titre principal sous le grief 2		
Prestation	Nombre de prestations	Indu résiduel
425294	7	
425692	4	
Totaux	11	0,00 €

2.4.5. Concernant le cas de Madame H.

Les prestations d'honoraires forfaitaires A portés en compte sont déjà concernés à titre principal par le grief 2 «Dossiers infirmiers non conformes à la législation »

FA 425272 et 425670

Période du 01/01/2014 au 31/03/2014 :

- Echelle de Katz introduite chez médecin conseil, elle concerne la période du 23/12/2013 au 01/06/2014

Critères	Cotation Prestataire FA	Cotation SECM T/7
Se Laver	4	4
S'Habiller	4	4
Transfert et déplacement	2	2
Aller à la toilette	3	1
Continence	2	2
Manger	2	2

- Extrait PVA de l'assurée en date du 09/09/2014

« (...) me laver A cause de mes épaules je ne sais pas laver mon dos, jambes, pieds, les hauts des bras. De plus, je perds l'équilibre d'ailleurs je suis tombée ici il y a 3 semaines.

M'habiller C'est l'infirmière qui le fait aussi car je ne sais pas.

Le soir c'est mon mari qui m'aide.

Se déplacer je circule dans l'appartement en me tenant aux meubles. Je ne vais plus à la rue me promener même accompagnée. Je sais me lever seule de la chaise, du lit, du fauteuil.

Dans mon lit je suis toujours sur le dos.

Je vais en voiture avec mon mari car l'auto est au sous sol et il y a l'ascenseur. Une fois par semaine parfois deux nous allons au restaurant.

Aller à la toilette je vais seule

Je sais me déshabiller m'habiller et m'essuyer avec difficultés mais j'y arrive. Il y a une poignée et un rehausseur.

Continence parfois j'ai un petit accident et je mets un protège slip

Sur un mois j'ai peut-être 4 à 5 accidents avec les urines mais jamais les selles.

Manger Je cuisine un peu mais je réchauffe surtout les repas de ma belle-fille. Le déjeuner et souper je sais faire la tartine.

Les courses sont faites par ma belle fille, la lessive je la fais et une dame des titres services fait le reste....(...) »

- Justification du scoring du SECM sur base de la circulaire 2011/1

Aller à la toilette

Le SECM met un « 1 » car l'assurée peut se déplacer, se déshabiller, s'essuyer et se rhabiller.

En conclusion, ces cotations aux critères de dépendance permettent une toilette journalière code semaine 425110 et code WK ou jour férié 425515

Les prestations d'honoraires forfaitaires A portés en compte sont déjà concernés à titre principal par le grief 2 «Dossiers infirmiers non conformes à la législation »

L'indu résiduel est donc de 0,00 €

Déjà concernées à titre principal sous le grief 2		
Prestation	Nombre de prestations	Indu résiduel
425272	60	
425670	25	
Totaux	85	0,00 €

2.4.6. Récapitulatif du 4^{ème} grief

A titre subsidiaire – prestations déjà concernées à titre principal par le grief 2						
Cas	Assuré	425272	425294	425670	425692	Indu résiduel
1	Monsieur D.		60		25	0,00 €
2	Madame E.		40		16	0,00 €
3	Monsieur F.	60		25		0,00 €
4	Madame G.		7		4	0,00 €
5	Madame H.	60		25		0,00 €
Totaux		120	107	50	45	0,00 €
					322	

2.5. INDU TOTAL ET REMBOURSEMENT

2.5.1. Indu

L'indu total qui concerne ce dossier pour la période d'introduction du 27/02/2013 au 31/03/2014 s'élève à **17.974,99 €**

2.5.2. Remboursement :

Un formulaire d'invitation au remboursement volontaire a été envoyé par recommandé à Mme A. en date du 09-12-2014.

Par courrier daté du 12-12-2014, la dispensatrice a marqué son accord sur le montant de l'indu (17.972,79 €) et a demandé l'obtention d'un accord d'échelonnement de paiement pour le remboursement qu'elle a accepté de régulariser volontairement lors de son audition en date du 04-12-2014. Elle a proposé un remboursement mensuel minimum de 250,00€

Il lui a été répondu en date du 18-12-2014 par recommandé de respecter ses engagements et de débiter ses remboursements dans les plus brefs délais.

A la date du 22/10/2015, elle a effectué 15 versements pour un montant total de **8.972,79 EUR :**

- Le 16/12/2014 : 372,79 €
- Le 24/12/2014 : 600,00 €
- Le 13/01/2015 : 1000,00 €
- Le 05/02/2015 : 1000,00 €
- Le 03/03/2015 : 1000,00 €
- Le 08/04/2015 : 500,00 €
- Le 30/04/2015 : 500,00 €
- Le 26/05/2015 : 500,00 €
- Le 22/06/2015 : 500,00 €
- Le 07/07/2015 : 500,00 €
- Le 22/07/2015 : 500,00 €
- Le 19/08/2015 : 500,00 €
- Le 08/09/2015 : 500,00 €
- Le 22/09/2015 : 500,00€
- Le 16/10/2015 : 500,00€

Total 8.972,79 €

Le montant résiduel de l'indu s'élève donc à 17.974,99 € – 8.972,20 € soit **9.002,20€**.

2.6. SUR LE PLAN DE L'AMENDE ADMINISTRATIVE

L'article 142 §1, 1° et 2° de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 prévoit expressément que les dispensateurs de soins qui ne se conforment pas aux dispositions de l'article 73 bis, 1° et 2° de la loi ASSI, (prestations non effectuées et prestations non conformes) sont tenus au remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé et peuvent en outre se voir infliger une amende administrative.

Ces mesures prévoient :

- pour le grief n°1 (prestations non effectuées – non fournies) : remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé et une amende administrative comprise entre 50 % et 200 % du montant de la valeur des prestations concernées (article 73bis, 1° et article 142, § 1^{er}, 1° , de la loi coordonnée le 14 juillet 1994) ;
- pour les griefs 2 à 4 (prestations non conformes) : remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé et une amende administrative comprise entre 5 % et 150 % du montant de la valeur des prestations concernées (article 73bis, 2° et article 142, § 1^{er}, 2°, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994) ;

En l'espèce, il convient de rappeler que les prestations litigieuses concernent à la fois des prestations non effectuées (1^{er} grief) et des prestations non conformes (griefs 2 à 4).

S'agissant du 1^{er} grief, le Service tient à rappeler que porter en compte à l'assurance obligatoire soins de santé des prestations de soins qui n'ont pas été délivrées aux bénéficiaires constitue la faute la plus grave dans l'échelle des manquements prévus à l'article 73 bis de la loi ASSI coordonnée le 14 juillet 1994.

En agissant comme elle l'a fait, que ce soit par volonté ou par simple manque d'organisation, Madame A. a, par son fait, spolié les deniers de l'assurance soins de santé et par là de la collectivité.

Le Service estime qu'il y a lieu, à ce titre, d'infliger une sanction administrative à l'égard de Madame A.

En ce qui concerne les 2^{ème}, 3^{ème} et 4^{ème} griefs, le Service estime qu'en sa qualité de collaboratrice du système d'assurance obligatoire soins de santé, Madame A. ne pouvait ignorer le prescrit de la Nomenclature des prestations de santé et notamment de la réglementation et des exigences en matière de tenue des dossiers infirmiers.

Toutefois, dans le présent dossier, le Service estime être en droit de prendre en considération les circonstances personnelles et familiales invoquées par Madame A. dans sa lettre de défense adressée au Service ;

Compte tenu en effet du contexte extrêmement douloureux dont Madame A. peut se prévaloir pour justifier les conditions dans lesquelles elle a été amenée à exercer sa profession durant la

période litigieuse et compte tenu également du remboursement déjà opéré par Madame A. et du respect des échéances qui lui avaient été imposées, le Service estime que l'amende doit être réduite à une amende de principe ;

PAR CES MOTIFS,

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

APRES EN AVOIR DELIBERE,

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

Déclare les griefs établis ;

- Condamne Madame A. à rembourser la valeur des prestations indues s'élevant à 17.974,99 euros ;
- Constate que ce montant a été partiellement remboursé et que le montant résiduel de l'indu s'élève à 9.002,20 euros ;
- Condamne Madame A. à payer une amende administrative, au titre du 1^{er} grief, fixée à 100% du montant total des prestations litigieuses (3.662,69 euros), soit une amende de 3.662,69 euros dont la moitié en amende effective (1.831,35 euros), et la moitié (1.831,35 euros) assortie d'un sursis d'une durée de 3 ans (article 142, §1^{er}, 1° de la loi ASSI coordonnée) ;
- Condamne Madame A. à payer une amende administrative, au titre des griefs 2 à 4, s'élevant à 50% du montant total des prestations litigieuses (14.312,30 euros) soit une amende administrative de 7.156,15 euros dont la totalité est assortie d'un sursis d'une durée de trois ans (article 142, §1^{er}, 2° de la loi ASSI coordonnée) ;
- Accorde à Madame A. la possibilité de s'acquitter de sa dette selon le plan de paiement fixé au tableau de remboursement joint en annexe.

Tableau de remboursement

Montant à rembourser	10.833,55 €				
Montant mensuel à rembourser	500				
Début du remboursement	déc-2015				
Taux d'intérêt annuel	7,00%				
Taux d'intérêt mensuel	0,57%				
Nombre de période totales en mois	24				
Nombre de période totales en années	2,0				
Montant en intérêts	692,50 €				
Calendrier de remboursement					
Période	Mois	Intérêts (sur base de la période précédente)	Montant restant	Montant remboursé	Solde
1	déc-2015	- €	10.833,55 €	500,00 €	10.333,55 €
2	janv-2016	58,90 €	10.392,45 €	500,00 €	9.892,45 €
3	févr-2016	56,39 €	9.948,84 €	500,00 €	9.448,84 €
4	mars-2016	53,86 €	9.502,70 €	500,00 €	9.002,70 €
5	avr-2016	51,32 €	9.054,01 €	500,00 €	8.554,01 €
6	mai-2016	48,76 €	8.602,77 €	500,00 €	8.102,77 €
7	juin-2016	46,19 €	8.148,96 €	500,00 €	7.648,96 €
8	juil-2016	43,60 €	7.692,55 €	500,00 €	7.192,55 €
9	août-2016	41,00 €	7.233,55 €	500,00 €	6.733,55 €
10	sept-2016	38,38 €	6.771,93 €	500,00 €	6.271,93 €
11	oct-2016	35,75 €	6.307,68 €	500,00 €	5.807,68 €
12	nov-2016	33,10 €	5.840,79 €	500,00 €	5.340,79 €
13	déc-2016	30,44 €	5.371,23 €	500,00 €	4.871,23 €
14	janv-2017	27,77 €	4.899,00 €	500,00 €	4.399,00 €
15	févr-2017	25,07 €	4.424,07 €	500,00 €	3.924,07 €
16	mars-2017	22,37 €	3.946,44 €	500,00 €	3.446,44 €
17	avr-2017	19,64 €	3.466,08 €	500,00 €	2.966,08 €
18	mai-2017	16,91 €	2.982,99 €	500,00 €	2.482,99 €
19	juin-2017	14,15 €	2.497,14 €	500,00 €	1.997,14 €
20	juil-2017	11,38 €	2.008,53 €	500,00 €	1.508,53 €
21	août-2017	8,60 €	1.517,12 €	500,00 €	1.017,12 €
22	sept-2017	5,80 €	1.022,92 €	500,00 €	522,92 €
23	oct-2017	2,98 €	525,90 €	500,00 €	25,90 €
24	nov-2017	0,15 €	26,05 €	26,05 €	- €
	déc-2017	€	€	0,00 €	€
	janv-2018	- €	- €	0,00 €	- €

Ainsi décidé à Bruxelles, le 22-10-2015

Le Fonctionnaire-dirigeant

Dr. Bernard HEPP
Médecin-directeur général