

DECISION DU FONCTIONNAIRE-DIRIGEANT DU 30-06-2017
BRS/F/17-007

Concerne : **A.**

Praticiens de l'art infirmier Infirmie(ère)s - Infirmières brevetées

B., tarificatrice, solidarité art.164 loi ASSI coordonnée 14/07/1994

C., infirmière, titulaire du groupement, signataire des AGSD

I. GRIEFS FORMULES

3 griefs ont été formulés (voir pour le détail la note de synthèse précitée) concernant Madame A., suite à l'enquête menée par les inspecteurs du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI.

En résumé, il lui est reproché :

Grief n°1

Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer les documents réglementaires permettant le remboursement des prestations de santé lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans la loi :

- honoraires forfaitaires non conformes (surévaluation échelle de Katz),
- forfaits palliatifs attestés en l'absence de réunion de coordination

En l'espèce il s'agit d'une part de 3 bénéficiaires pour lesquels la déclaration des assurés ou de tiers privilégiés et l'évaluation du degré de dépendance effectuée par le Service ont démontré une surévaluation de critères des échelles d'évaluation, ayant entraîné de ce fait une facturation de forfaits A, de forfaits B non attestables et d'un 4^{ème} cas pour lequel des forfaits PC ont été portés en compte alors qu'aucune réunion de coordination n'a eu lieu les rendant ainsi non conformes.

Ces prestations ont été portées en compte pour la période du 01/01/2014 au 30/06/2014 et introduites auprès des organismes assureurs entre le 06/01/2014 et le 16/07/2014.

➤ Prestations en cause

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

"Art. 8. § 1^{er}. Les prestations suivantes sont considérées comme des prestations qui requièrent la qualification d'infirmière graduée ou assimilée, d'accoucheuse, d'infirmière brevetée, d'hospitalière/assistante en soins hospitaliers ou assimilée, appelées ci-après praticiens de l'art infirmier (W).

"1 ° Prestations effectuées au cours d'une séance de soins infirmiers au domicile ou à la résidence du bénéficiaire.

I. Séance de soins infirmiers.

A. Prestation de base.

425014	Première prestation de base de la journée de soins	W	0,879
425036	Deuxième prestation de base de la journée de soins	W	0,879
B. Prestations techniques de soins infirmiers."			
425110	Soins d'hygiène (toilettes)	W	1,167
"II. Honoraires forfaitaires par journée de soins pour des patients lourdement dépendants."			
425272	Honoraires forfaitaires, dits forfait A, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants: - dépendance pour le critère se laver et le critère s'habiller (score 3 ou 4), et - dépendance pour le critère transfert et déplacements et/ou le critère aller à la toilette (score 3 ou 4)	W	3,825
425294	Honoraires forfaitaires, dits forfait B, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants: - dépendance pour le critère se laver et le critère s'habiller (score 3 ou 4), et - dépendance pour le critère transfert et déplacements et le critère aller à la toilette (score 3 ou 4), et - dépendance pour le critère continence et/ou pour le critère manger (score 3 ou 4)	W	7,371
425316	Honoraires forfaitaires, dits forfait C, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants: - dépendance pour le critère se laver (score 4) et le critère s'habiller (score 4), et - dépendance pour le critère transfert et déplacements (score 4) et le critère aller à la toilette (score 4), et - dépendance pour le critère continence et pour le critère manger (pour laquelle un des deux critères obtient un score de 4, et l'autre un score de minimum 3)	W	10,083
"IV. Honoraires forfaitaires par journée de soins pour les patients palliatifs."			
427011	Honoraires forfaitaires PC, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire : • dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants : - dépendance pour le critère se laver (score 4) et le critère s'habiller (score 4), et - dépendance pour le critère transfert et déplacements (score 4) et le critère aller à la toilette (score 4), et - dépendance pour le critère continence et pour le critère manger (pour laquelle un des deux critères obtient un score de 4, et l'autre un score de minimum 3) • et qui répond à la définition du patient palliatif reprise au §5bis, 1°	W	14,422
"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
425434	Deuxième prestation de base de la journée de soins	W	1,206
B. Prestations techniques de soins infirmiers."			
425515	Soins d'hygiène (toilettes)	W	1,754
"II. Honoraires forfaitaires par journée de soins pour des patients lourdement dépendants."			
425670	Honoraires forfaitaires, dits forfait A, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants: - dépendance pour le critère se laver et le critère s'habiller (score 3 ou 4), et - dépendance pour le critère transfert et déplacements et/ou le critère aller à la toilette (score 3 ou 4)	W	5,710
425692	Honoraires forfaitaires, dits forfait B, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants: - dépendance pour le critère se laver et le critère s'habiller (score 3 ou 4), et - dépendance pour le critère transfert et déplacements et le critère aller à la toilette (score 3 ou 4), et - dépendance pour le critère continence et/ou pour le critère manger (score 3 ou 4)	W	10,944

425714	Honoraires forfaitaires, dits forfait C, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants: - dépendance pour le critère se laver (score 4) et le critère s'habiller (score 4), et - dépendance pour le critère transfert et déplacements (score 4) et le critère aller à la toilette (score 4), et - dépendance pour le critère continence et pour le critère manger (pour laquelle un des deux critères obtient un score de 4, et l'autre un score de minimum 3)	W	15,017
"IV. Honoraires forfaitaires par journée de soins pour les patients palliatifs."			
427092	Honoraires forfaitaires PC, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire : • dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants : - dépendance pour le critère se laver (score 4) et le critère s'habiller (score 4), et - dépendance pour le critère transfert et déplacements (score 4) et le critère aller à la toilette (score 4), et - dépendance pour le critère continence et pour le critère manger (pour laquelle un des deux critères obtient un score de 4, et l'autre un score de minimum 3) • et qui répond à la définition du patient palliatif reprise au § 5bis, 1°	W	21,512

➤ Base légale et 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. (...) »

- **Directives**

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, (...)) »

▪ **Patients palliatifs**

"§ 5bis. Précisions supplémentaires relatives aux honoraires visés aux rubriques IV et V du § 1er, 1° et 2°:

(...)

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

(...)

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

- enregistrement des symptômes;
- échelle de douleur;
- contacts avec la famille du patient;
- résultats des réunions de coordination.

(...)

L'annexe 1 de l'AR du 02/12/1999 précise bien que pour répondre à la définition de « patient palliatif », il doit y avoir, chaque semaine, une réunion interdisciplinaire avec au moins le médecin de famille. (voir modèle note de synthèse, page 15).

➤ **Nombre de prestations**

L'infraction a été constatée dans 4 cas d'assurés (pages 16 à 26 de la note de synthèse) pour la période de prestations du 01/01/2014 au 30/06/2014 et d'introduction auprès des OA du 06/01/2014 au 16/07/2014.

Le grief est formulé pour 533 prestations :

- 82 prestations 425272 W 3,825 (forfait A, semaine)
- 158 prestations 425294 W 7,371 (forfait B, semaine)
- 41 prestations 425670 W 5,710 (forfait A, WE ou jour férié)
- 71 prestations 425692 W 10,944 (forfait B, WE ou jour férié)
- 124 prestations 427011 W 14,422 (forfait PC, semaine)
- 57 prestations 427092 W 21,512 (forfait PC, WE ou jour férié)

Toutefois, 1.051 prestations auraient pu être portées en compte, à savoir :

- 240 prestations 425014 W0,879 (1^{ère} prestation de base, semaine)
- 114 prestations 425036 W0,879 (2^{ème} prestation de base, semaine)
- 240 prestations 425110 W1,167 (soins d'hygiène (toilettes), semaine)
- 124 prestations 425316 W 10,083 (forfait C, semaine)
- 112 prestations 425412 W1,206 (1^{ère} prestation de base, WE ou jour férié)
- 52 prestations 425434 W1,206 (2^{ème} prestation de base, WE ou jour férié)
- 112 prestations 425515 W1,754 (soins d'hygiène (toilettes), WE ou jour férié)
- 57 prestations 425714 W15,017 (forfait C, WE ou jour férié)

➤ **L'indu par différence s'élève à 10.865,81.**

CAS	ASSURÉ	425272	425294	425670	425692	427011	427092	INDU PAR DIFFÉRENCE
1	D.	2		3				39,63
2	E.					124	57	4.108,04
3	F.	80	44	38	19			2.831,40
4	G.		114		52			3.886,74
	TOTAUX			533				10.865,81

Grief n°2

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, grief prévu à l'article 73 bis, 2°, s'agissant de dossiers infirmiers absents ou incomplets au sens de l'article 8, § 3, 5°, § 4, § 5, 3° et § 5 ter de la nomenclature.

En l'espèce, il s'agit de 7 bénéficiaires au nom desquels des prestations de soins infirmiers ont été portées en compte durant la période du 01/12/2013 au 31/12/2013 alors que le dossier infirmier était inexistant ou incomplet.

Le SECM s'est volontairement limité à 1 mois pour ce grief (mois de décembre 2013).

➤ **Prestations en cause**

SECTION 4. - Soins donnés par des infirmiers gradués ou assimilés, des accoucheuses, des infirmiers brevetés, des hospitaliers/assistants en soins hospitaliers ou assimilés. "Art. 8. § 1er. Les prestations suivantes sont considérées comme des prestations qui requièrent la qualification d'infirmier gradué ou assimilé, d'accoucheuse, d'infirmier breveté, d'hospitalier/assistant en soins hospitaliers ou assimilé, appelés ci-après praticiens de l'art infirmier (W).(...)		
1° Prestations effectuées au cours d'une séance de soins infirmiers au domicile ou à la résidence du bénéficiaire.		
II. Honoraires forfaitaires par journée de soins pour des patients lourdement dépendants.		
425272	Honoraires forfaitaires, dits forfait A, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants : - dépendance pour le critère se laver et le critère s'habiller (score 3 ou 4), et - dépendance pour le critère transfert et déplacements et/ou le critère aller à la toilette (score 3 ou 4)	W 3,825
425294	Honoraires forfaitaires, dits forfait B, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants: - dépendance pour le critère se laver et le critère s'habiller (score 3 ou 4), et - dépendance pour le critère transfert et déplacements et le critère aller à la toilette (score 3 ou 4), et - dépendance pour le critère continence et/ou pour le critère manger (score 3 ou 4)	W 7,371
425316	Honoraires forfaitaires, dits forfait C, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants : - dépendance pour le critère se laver (score 4) et le critère s'habiller (score 4), et - dépendance pour le critère transfert et déplacements (score 4) et le critère aller à la toilette (score 4), et - dépendance pour le critère continence et pour le critère manger (pour laquelle un des deux critères obtient un score de 4, et l'autre un score de minimum 3)	W 10,083
"IV. Honoraires forfaitaires par journée de soins pour les patients palliatifs."		
427011	Honoraires forfaitaires PC, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire : • dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants : - dépendance pour le critère se laver (score 4) et le critère s'habiller (score 4), et - dépendance pour le critère transfert et déplacements (score 4) et le critère aller à la toilette (score 4), et - dépendance pour le critère continence et pour le critère manger (pour laquelle un des deux critères obtient un score de 4, et l'autre un score de minimum 3) • et qui répond à la définition du patient palliatif reprise au §5bis, 1°	W 14,422
VI. Honoraires forfaitaires pour les prestations dispensées aux patients diabétiques.		
423231	Honoraire de suivi pour l'accompagnement, par un infirmier référent, d'un patient	W 0,070

	diabétique qui ne passe pas aux soins autonomes	
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.		
II. Honoraires forfaitaires par journée de soins pour des patients lourdement dépendants.		
425670	Honoraires forfaitaires, dits forfait A, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants: - dépendance pour le critère se laver et le critère s'habiller (score 3 ou 4), et - dépendance pour le critère transfert et déplacements et/ou le critère aller à la toilette (score 3 ou 4)	W 5,710
425692	Honoraires forfaitaires, dits forfait B, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants: - dépendance pour le critère se laver et le critère s'habiller (score 3 ou 4), et - dépendance pour le critère transfert et déplacements et le critère aller à la toilette (score 3 ou 4), et - dépendance pour le critère continence et/ou pour le critère manger (score 3 ou 4)	W 10,944
425714	Honoraires forfaitaires, dits forfait C, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants: - dépendance pour le critère se laver (score 4) et le critère s'habiller (score 4), et - dépendance pour le critère transfert et déplacements (score 4) et le critère aller à la toilette (score 4), et - dépendance pour le critère continence et pour le critère manger (pour laquelle un des deux critères obtient un score de 4, et l'autre un score de minimum 3)	W 15,017
"IV. Honoraires forfaitaires par journée de soins pour les patients palliatifs."		
427092	Honoraires forfaitaires PC, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire : • dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants : - dépendance pour le critère se laver (score 4) et le critère s'habiller (score 4), et - dépendance pour le critère transfert et déplacements (score 4) et le critère aller à la toilette (score 4), et - dépendance pour le critère continence et pour le critère manger (pour laquelle un des deux critères obtient un score de 4, et l'autre un score de minimum 3) • et qui répond à la définition du patient palliatif reprise au § 5bis, 1°	W 21,512
VI. Honoraires forfaitaires pour les prestations dispensées aux patients diabétiques.		
423334	Honoraire de suivi pour l'accompagnement, par un infirmier référent, d'un patient diabétique qui ne passe pas aux soins autonomes	W 0,070

➤ **Base légale et réglementaire du grief**

1. Article 8 de la Nomenclature des prestations de santé

Cet article dispose ce qui suit :

(...)

§ 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°, (...):

1° La prestation de base, visée à la rubrique I, A du § 1^{er}, 1°, 2°, (...) 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;

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

(...)

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

Lorsque les soins infirmiers dispensés au bénéficiaire comportent des prestations techniques, décrites à la rubrique I, B du § 1^{er}, 1°, 2°, (...) de cet article, le contenu minimal du dossier infirmier comporte alors, en plus des éléments du premier alinéa de cette disposition, également :

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

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

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

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

Dans les hypothèses visées à l'alinéa 4, par dérogation à l'alinéa 3, les éléments relevant concernant la planification et l'évaluation des soins mentionnées dans le deuxième alinéa doivent être mentionnés au moins toutes les deux semaines dans le dossier infirmier.

Lorsque les soins infirmiers dispensés au bénéficiaire comportent (...), ou des soins de plaie(s) spécifiques, décrits au § 8, 1° de cet article ou d'autres prestations décrites au § 1^{er}, 1°, (...) VI (...) et au § 1^{er}, 2°, (...) VI, (...)

Dans les hypothèses visées à l'alinéa 6, par dérogation à l'alinéa 3 et à l'exception des prestations du § 1^{er}, 1°, VI (...), et du § 1^{er}, 2°, VI, les éléments relevant concernant la planification et l'évaluation des

soins mentionnées dans le deuxième alinéa doivent être mentionnés au moins chaque semaine dans le dossier infirmier.

Pour ce paragraphe, la semaine s'entend du lundi 0 heure au dimanche 24 heures.

La planification et l'évaluation des soins doivent répondre, au niveau de leur contenu, à une directive fixée par le Comité de l'assurance soins de santé sur proposition de la Commission de conventions praticiens de l'art infirmier - organismes assureurs.

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

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

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

3° Les prestations de base visées à la rubrique I, A du § 1^{er}, 1°, 2°, (...) ne peuvent être portées en compte que si on atteste soit une ou plusieurs prestations techniques de soins infirmiers visées à la rubrique I, B du § 1^{er}, 1°, 2°, (...)

"4° Sans préjudice des dispositions du § 6, les prestations 425110, (...), 423076, (...), 424351, (...), 425515, (...), 423275, (...), 424513, (...) ne peuvent être attestées qu'une seule fois par séance de soins infirmiers."

(...)

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

(...)

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

a) pour chaque bénéficiaire dans le chef duquel des honoraires forfaitaires visés à la rubrique II du § 1^{er}, 1°, 2° (...) du § 1^{er}, 1° et 2° ont été attestés, une toilette (prestations 425110, 425515 (...)) par journée de soins a été effectuée (...)

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

(...)

§ 5ter. Précisions relatives aux honoraires visés à la rubrique VI du § 1^{er}, 1° :

1° Pour l'application du présent article, il y a lieu d'entendre par:

a) "patient diabétique" : le bénéficiaire pour lequel le praticien de l'art infirmier entame après le 1^{er} avril 2003 un traitement chronique avec injection quotidienne d'insuline. Pour l'application des prestations 423231 et 423334, tous les patients à qui un praticien de l'art infirmier administre des injections d'insuline entrent en considération;

(...)

9° Les prestations 423231 et 423334 peuvent uniquement être attestées à la condition que l'accompagnement infirmier ait lieu selon un planning des soins approuvé et actualisé par le médecin traitant et qui répond à une directive fixée par le Comité de l'assurance soins de santé sur proposition

de la Commission de convention praticiens de l'art infirmier – organismes assureurs. Elles ne peuvent être attestées qu'une fois par jour, et uniquement les jours où une injection d'insuline est effectuée.

(...)

§ 5^{quater}

Les prestations 428035, 428050 (...) peuvent être attestées à partir de la 3^e, 4^e et 5^e visite chez un même patient au cours de la même journée de soins pour les patients lourdement dépendants bénéficiant d'une prestation décrite au § 1^{er}, 1^o, II (...) au § 1^{er}, 2^o, II (...).

Seul le dispensateur de soins qui a effectivement exécuté cette 3^e visite ou les suivantes peut attester cette prestation. Cette prestation peut être attestée au maximum une seule fois par journée de soins pour la 3^e visite, maximum une seule fois par journée de soins pour la 4^e visite et maximum une seule fois par journée de soins pour la 5^e visite."

2. Circulaires du Service des soins de santé de l'INAMI (SSS) aux praticiens de l'art infirmier

a. Circulaire n° 2003/2 du 24/06/2003 - Références 1240/OMZ-CIRC/INF-03-2F, annexe 2

Cette circulaire comporte en son annexe 2 des directives relatives aux honoraires pour les prestations dispensées aux patients diabétiques et aux soins de plaies.

b. Directives relatives aux honoraires pour les prestations dispensées aux patients diabétiques :

Ces directives énoncent, ci-après, en ce qui concerne les prestations 423231 et 423334 attestées :

Directives relatives aux honoraires forfaitaires pour les prestations dispensées aux patients diabétiques

(...)

5. Directives quant au contenu des honoraires de suivi pour l'accompagnement, par un infirmier référent, d'un patient diabétique qui ne passe pas aux soins autonomes

Ces honoraires ne peuvent être attestés qu'à condition que le médecin traitant approuve un plan de soins infirmiers actualisé et prescrive le suivi infirmier.

Ce plan de soins infirmiers actualisé pour le patient qui ne passe pas aux soins autonomes comprend au minimum :

- Le schéma thérapeutique relatif aux injections d'insuline, aux adaptations de la dose d'insuline, au contrôle de la glycémie (date, fréquence, répartition sur la journée)
- Les prescriptions en matière de contrôle du poids (BMI) et des pieds (date, fréquence, répartition sur l'année)
- La planification des interventions infirmières

Lors du suivi du patient, le praticien de l'art infirmier doit s'informer en permanence de la compréhension du patient et de sa compliance et les corriger si nécessaire.

(...)

c. Circulaire n° 2012/01 du 29/05/2012 – Références 1240/OMZ-CIRC/INF-12-1-f

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.

Vous trouverez ce 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 – \(voir annexe 1\)](#)).

Schéma du contenu minimal :

Contenu minimal	Prestations de type 1:	Prestations de type 2:	Prestations de type 3 :
	Nomenclature par acte (sauf les prestations qui se trouvent sous un autre type) + T2 et T7	Prestations forfaitaires et soins de plaies complexes	Prestations palliatives, PTSSI, consultation infirmière, prestations diabète, 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 <u>tous les deux mois</u> .	- Planification - Evaluation Les éléments relevant concernant la planification et l'évaluation doivent être mentionnés au moins <u>toutes les deux semaines</u> .	-Planification -Evaluation Les éléments relevant concernant la planification et l'évaluation doivent être mentionnés au moins <u>chaque semaine</u> . (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

ANNEXE 1

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

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.

3. Jurisprudence

a. SECM contre Madame A.F. - N° de rôle FA-003-09 et FA-038-09

Chambre de première instance - décision prononcée le 24 juin 2010 :

« Le Service d'évaluation et de contrôle médicaux formule deux griefs à l'égard de madame F.

Ces griefs sont les suivants:

avoir porté en compte des prestations non effectuées (...);

avoir porté en compte des prestations non conformes en attestant des prestations pour lesquelles n'était pas tenu de "dossier infirmier".

(...)

Le Service d'évaluation et de contrôle médicaux explique également que madame F. ne tenait pas de dossier infirmier pour les patients (...), même si c'était sans doute sur base des consignes de monsieur V. Par conséquent, toutes ses prestations (...) étaient attestées de manière non conforme et ne pouvaient donner droit au remboursement.

(...)

La réalité des griefs

15.

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

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

(...)

PAR CES MOTIFS,

LA CHAMBRE DE PREMIÈRE INSTANCE,

1.

Constata que les deux griefs formulés à l'égard de madame A. F. et décrits ci-avant (...) sont établis,

(...)

3.

Dit pour droit que ces griefs ont généré un indu à charge de l'assurance soins de santé de (...) euros,

Condamne (...) madame A. F. (...) à rembourser cette somme, (...). »

b. Madame J.P. contre SECM n° de rôle FA-013-13

Chambre de première instance - décision prononcée le 21 janvier 2015 :

« En l'espèce, l'article 8 §4, 2° de la NPS prévoit en ce qui concerne la tenue du dossier infirmier:

(...)

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.⁷

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"

Cette disposition est claire.

Si elle ne prévoit effectivement pas de condition de forme concernant la tenue du dossier infirmier, il s'agit en l'occurrence de laisser le choix au prestataire de soins entre la forme manuscrite et la voie électronique, via un notamment un programme informatique. Il ne se déduit nullement de cette disposition que la simple communication de certaines informations aux OA constitue ce dossier infirmier. Ce ne sont pas les OA qui sont responsables de la tenue du dossier infirmier, mais bien le dispensateur de soins, comme cela ressort clairement de la disposition en cause, et c'est ce dernier qui doit conserver le dossier infirmier pendant au moins 5 ans.

Madame J. ne peut donc se dédouaner de son obligation de tenir un dossier infirmier en renvoyant aux informations détenues par les OA, qui ne sont nullement centralisées et non accessibles aux autres dispensateurs de soins qui seraient amenés à dispenser des soins au domicile de l'assuré.

Par ailleurs, les données de facturation communiquées aux OA ne contiennent pas toutes les données exigées pour la tenue du dossier infirmier.

En l'espèce, il ressort des auditions des assurés concernés qu'il n'y avait aucun dossier infirmier ni carnet de soins présents chez eux pour la période litigieuse (...).

Madame J. travaille en outre dans un hôpital. Elle ne peut ignorer les obligations qui reposent sur les infirmiers en ce qui concerne la tenue du dossier infirmier.

(...)

La Chambre de première instance ne peut dès lors que constater que le grief principal invoqué par le SECM, est établi. L'indu total s'élève à (...) €.

Par conséquent, il n'y a pas lieu d'examiner les griefs subsidiaires invoqués par le SECM (absence de dossier infirmier palliatif et soins de plaie complexes, administration de l'alimentation parentérale non-conforme, surscorage de l'état de dépendance physique, surscorage de l'échelle d'évaluation, prestations de base non-attestables, autres déplacements indus).

(...)

2. Sanction

2. 1. Amende administrative - principes

Pour entraîner une amende, deux éléments doivent être réunis: un élément matériel et un élément moral.

L'élément matériel réside dans la transgression d'une disposition légale ou réglementaire (accomplissement de l'acte interdit ou omission de l'acte prescrit).

L'élément moral suppose que cette transgression soit commise librement et consciemment.

(...)

L'erreur ou l'ignorance ne peuvent être retenues comme causes de justification que pour autant qu'elles soient invincibles, c'est-à-dire lorsqu'il peut se déduire de circonstances que l'auteur de l'infraction a agi comme l'aurait fait toute personne raisonnable et prudente (...).

La complexité de la législation sociale en vigueur ne peut être considérée comme source d'erreur invincible".

De plus, la simple constatation que l'auteur de l'infraction ait été mal conseillé, fût-ce par une personne qualifiée, ne suffit pas en soi pour que l'erreur soit considérée comme étant invincible; il appartient au juge d'apprécier en fait si pareil avis a induit l'auteur de l'infraction dans un état d'erreur invincible".

(...)

Le SECM demande en l'espèce que Madame J. soit condamnée au paiement d'une amende administrative (...).

(...)

PAR CES MOTIFS;

LA CHAMBRE DE PREMIERE INSTANCE,

Statuant contradictoirement,

(...).

Confirme la décision du fonctionnaire-dirigeant du service d'évaluation et de contrôle médicaux, (...) notifiée à Madame J. (...);

Décide toutefois d'assortir la condamnation à une amende administrative (...).

➤ **Nombre de prestations**

L'infraction a été constatée dans 7 cas d'assurés (pages 35 à 41 de la note de synthèse) pour la période de prestations du 01/12/2013 au 31/12/2013 et d'introduction auprès des OA du 06/01/2014 au 31/01/2014.

Le grief est formulé pour 230 prestations :

- 21 prestations 423231 W 0,070(honoraire de suivi pour patient diabétique semaine)
- 10 prestations 423334 W 0,070(honoraire de suivi pour patient diabétique WE ou férié)
- 42 prestations 425272 W 3,825 (forfait A, semaine)
- 50 prestations 425294 W 7,371 (forfait B, semaine)
- 21 prestations 425316 W 10,083 (forfait C, semaine)
- 20 prestations 425670 W 5,710 (forfait A, WE ou férié)
- 25 prestations 425692 W 10,944 (forfait B, WE ou férié)
- 10 prestations 425714 W 15,017 (forfait C, WE ou férié)
- 21 prestations 427011 W 14,422 (forfait PC, semaine)
- 10 prestations 427092 W 21,512 (forfait PC WE ou férié)

➤ **Indu**

L'indu total pour le grief s'élève à 7.708,29 €.

CAS	ASSURÉ	423231	423334	425272	425294	425316	425670	425692	425714	427011	427092	INDU
1	H.				8			5				451,59
2	D.			21			10					454,86
3	E.									21	10	2.286,05
4	I.			21			10					599,04
5	F.				21			10				1.158,69
6	G.				21			10				1.158,69
7	J.	21	10			21			10			1.599,37
Totaux		21	10	42	50	21	20	25(*)	10	21	10	7.708,29
230(*)												

(*) corrige une erreur du PVC : A la page 44 des PVC, tableau récapitulatif (cf pièce 290) :

- pour le calcul des prestations 425692, il faut lire 25 au lieu de 20 et pour le total des prestations, il faut lire 230 au lieu de 225

Grief n°3

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, de ladite loi, aux conditions prévues dans la présente loi, dans ses arrêtés et règlements d'exécution, dans les conventions et accords conclus en vertu de cette même loi, s'agissant de prestations qui requièrent la qualification de praticien de l'art infirmier qui ont été réalisées par des tiers non habilités (aides soignantes) et portées en compte en violation de l'article 8, § 11 et 12 de la nomenclature.

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

En l'espèce, il s'agit de 5 assurés au nom desquels des prestations de l'article 8, § 1er de la nomenclature, volontairement limitées aux soins d'hygiène et aux honoraires forfaitaires par journée de soins pour lesquels la réalisation d'un soin d'hygiène conditionne le remboursement, qui requièrent la qualification de praticien de l'art infirmier, ont été portées en compte alors qu'elles ont été effectuées par des aides-soignantes.

A noter que le SECM se limite volontairement aux 5 bénéficiaires vus par le service.

➤ Prestations en cause

SECTION 4. - Soins donnés par des infirmiers gradués ou assimilés, des accoucheuses, des infirmiers brevetés, des hospitaliers/assistants en soins hospitaliers ou assimilés. "Art. 8. § 1er. Les prestations suivantes sont considérées comme des prestations qui requièrent la qualification d'infirmier gradué ou assimilé, d'accoucheuse, d'infirmier breveté, d'hospitalier/assistant en soins hospitaliers ou assimilé, appelés ci-après praticiens de l'art infirmier (W)...2		
1° Prestations effectuées au cours d'une séance de soins infirmiers au domicile ou à la résidence du bénéficiaire.		
I. Séance de soins infirmiers.		
A. Prestation de base.		
425014	Première prestation de base de la journée de soins	W 0,879
B. Prestations techniques de soins infirmiers.		
425110	Soins d'hygiène (toilettes)	W 1,167
II. Honoraires forfaitaires par journée de soins pour des patients lourdement dépendants.		
425272	Honoraires forfaitaires, dits forfait A, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants : - dépendance pour le critère se laver et le critère s'habiller (score 3 ou 4), et - dépendance pour le critère transfert et déplacements et/ou le critère aller à la toilette (score 3 ou 4)	W 3,825
425316	Honoraires forfaitaires, dits forfait C, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants : - dépendance pour le critère se laver (score 4) et le critère s'habiller (score 4), et - dépendance pour le critère transfert et déplacements (score 4) et le critère aller à la toilette (score 4), et - dépendance pour le critère continence et pour le critère manger (pour laquelle un des deux critères obtient un score de 4, et l'autre un score de minimum 3)	W 10,083
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.		
425670	Honoraires forfaitaires, dits forfait A, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants: - dépendance pour le critère se laver et le critère s'habiller (score 3 ou 4), et - dépendance pour le critère transfert et déplacements et/ou le critère aller à la toilette (score 3 ou 4)	W 5,710
425714	Honoraires forfaitaires, dits forfait C, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants: - dépendance pour le critère se laver (score 4) et le critère s'habiller (score 4), et - dépendance pour le critère transfert et déplacements (score 4) et le critère aller à la toilette (score 4), et - dépendance pour le critère continence et pour le critère manger (pour laquelle un des deux critères obtient un score de 4, et l'autre un score de minimum 3)	W 15,017

➤ **Base légale et réglementaire**

La base légale du grief repose sur la conjonction des articles 2 n); 34-1° b); 35 et 53 de la loi coordonnée le 14/07/1994, ainsi que sur l'article 8, §§ 1er et 11 de la nomenclature des prestations de santé.

L'article 2, n) de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 dispose :

« (...) **Art. 2** Dans la présente loi coordonnée, on entend : (...)

n) par "dispensateur de soins", les praticiens de l'art de guérir, les kinésithérapeutes, les praticiens de l'art infirmier, les auxiliaires paramédicaux, les établissements hospitaliers, les établissements de rééducation fonctionnelle et de réadaptation professionnelle et les autres services et institutions (...) »

D'autre part, l'article 34-1°, b) de la même loi coordonnée dispose que :

« (...) **Art. 34.** Les prestations de santé portent tant sur les soins préventifs que sur les soins curatifs. Elles comprennent:

1° les soins courants comportant: (...)

b) les soins donnés par des praticiens de l'art infirmier et par des services de soins infirmiers à domicile précités doivent répondre aux critères fixés par le Roi, en exécution de l'article 5, § 1er, premier alinéa de la loi du 27 juin 1978 modifiant la législation sur les hôpitaux et relative à certaines autres formes de dispensation, modifié par la loi du 25 janvier 1999 (...)

Les articles 35, 37 et 53 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 définissent l'usage de la nomenclature des prestations de santé en ces termes :

« (...) **Article 35. §1er.** Le Roi établit la nomenclature des prestations de santé, à l'exception des prestations visées à l'article 34, alinéa 1er, 4°bis et 5°, b), c, d) et e) (...)

Cette nomenclature énumère lesdites prestations, en fixe la valeur relative et précise, notamment, ses règles d'application, ainsi que la qualification requise de la personne habilitée à effectuer chacune d'elles. Le cas échéant, des tarifs différents peuvent être appliqués pour une même prestation selon que le dispensateur de soins répond ou non à des conditions supplémentaires, autres que celles relatives à la qualification, telles que prévues dans la nomenclature (...) »

« (...) **Article 37. §13.** Le Roi peut, sur la proposition ou après avis de la Commission de convention et après avis du Comité de l'assurance et de la Commission de contrôle budgétaire, fixer une intervention forfaitaire de l'assurance pour les prestations qu'il détermine et qui sont visées à l'article 34, alinéa 1er,

1°, b), ainsi que pour les coûts spécifiques des services de soins infirmiers à domicile mentionnés dans cet article, et fixer les conditions d'octroi de ces interventions.

Le Roi peut cependant prévoir que les prestations auxquelles le forfait est applicable, ne sont remboursées par le forfait que pour une partie précisée par Lui ».

« (...) **Article 53. § 1er.** Les dispensateurs de soins dont les prestations donnent lieu à une intervention de l'Assurance sont tenus de remettre aux bénéficiaires ou, dans le cadre du régime du tiers payant, aux organismes assureurs, une attestation de soins ou de fournitures ou un document équivalent dont le modèle est arrêté par le Comité de l'assurance, où figure la mention des prestations effectuées; pour les prestations reprises à la nomenclature visée à l'article 35 §1er, cette mention est indiquée par le numéro d'ordre à ladite nomenclature, ou de la manière déterminée dans un règlement pris par le Comité de l'assurance sur la proposition du Conseil technique compétent en fonction de la nature des prestations (...) »

A noter que la nomenclature des prestations de santé est bien le texte légal qui, au plan de l'assurance obligatoire soins de santé indemnités, définit les qualifications requises pour pouvoir porter en compte les prestations ;

Elle dispose en effet que :

"(...) Art. 8, § 1er. 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).

§ 11. Le praticien de l'art infirmier ne peut établir ni signer une attestation de soins donnés lorsque les prestations sont effectuées par une personne non habilitée à les porter en compte à l'assurance soins de santé, qui se substitue en tout ou en partie au praticien de l'art infirmier, même en présence de ce dernier.

L'assistance d'une tierce personne ne peut être sollicitée que si l'état du patient nécessite une aide durant l'exécution de la prestation. (...)

La qualification de praticien de l'art infirmier repose en fait sur les conditions d'exercice de l'art infirmier telles que définies au chapitre I ter de l'AR n° 78 du 10.11.67 relatif à l'exercice des professions des soins de santé qui précise notamment :

« (...) **Art. 21 quater, § 1er** Nul ne peut exercer l'art infirmier, tel que visé à l'article 21quinquies, s'il n'est agréé en tant que porteur, soit du titre professionnel de praticien infirmier, soit du titre professionnel de praticien infirmier gradué, et si en outre il ne répond pas aux conditions fixées à l'article 21sexies ou s'il répond à la disposition du § 3 du présent article.

§ 2. L'agrément visé au § 1er est accordé conformément à la procédure fixée par le Roi et pour autant qu'il soit répondu aux critères d'agrément fixés par le Roi, après avis du Conseil national de l'art infirmier.

L'agrément comme porteur du titre professionnel de praticien infirmier gradué ne peut être accordé qu'au porteur d'un diplôme d'enseignement supérieur en soins infirmiers.

L'agrément comme porteur du titre professionnel de praticien infirmier ne peut être accordé qu'au porteur d'un brevet ou diplôme du 4e degré de l'enseignement secondaire en soins infirmiers ou d'un brevet d'enseignement professionnel secondaire complémentaire, section nursing.

Les diplômes ou brevets visés doivent avoir été délivrés après une formation dans le cadre de l'enseignement de plein exercice comportant au moins 3 années d'études ou son équivalent dans l'enseignement de promotion sociale, organisé dans un établissement scolaire reconnu par l'autorité compétente.

L'agrément visé au § 1er ressort d'un document signé par le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions ou par un fonctionnaire délégué par lui.

§ 3. Les personnes qui, à la date d'entrée en vigueur de la loi du 10 août 2001 portant des mesures en matière de soins de santé, sont en possession du brevet ou du titre d'hospitalier ou d'hospitalière, du brevet ou du titre d'assistant ou d'assistante en soins hospitaliers, du brevet ou du titre d'infirmier ou d'infirmière, du diplôme ou du titre "in de verpleegkunde", du diplôme ou du titre d'infirmier gradué ou d'infirmière graduée, visés en application de l'article 21sexies sont agréées de plein droit en tant que porteurs du titre professionnel respectif d'hospitalier ou d'hospitalière, d'assistant ou d'assistante en soins hospitaliers, de praticien infirmier, ou de praticien infirmier gradué.

Les personnes qui, à la date d'entrée en vigueur de la loi du 10 août 2001 portant des mesures en matière de soins de santé, sont en possession d'un brevet ou titre non visé d'hospitalier ou d'hospitalière, d'assistant ou d'assistante en soins hospitaliers, peuvent exercer l'art infirmier, comme visé à l'article 21quinquies, si elles sont agréées en tant que porteuses du titre professionnel d'hospitalier ou d'hospitalière, d'assistant ou d'assistante en soins hospitaliers et si elles répondent aux conditions fixées à l'article 21sexies.

L'agrément est accordé conformément à la procédure fixée par le Roi et pour autant qu'il soit répondu aux critères d'agrément fixés par le Roi, après avis du Conseil national de l'art infirmier.

Cet agrément ressort d'un document signé par le ministre qui a la Santé publique dans ses attributions ou par un fonctionnaire délégué par lui.

§ 4. Le porteur du titre professionnel d'accoucheuse, qui a obtenu son diplôme avant le 1er octobre de la quatrième année après l'entrée en vigueur de l'article 34 de la même loi du 10 août 2001 portant des mesures en matière de soins de santé, peut exercer de plein droit l'art infirmier sous les mêmes conditions que les porteurs du titre professionnel de praticien infirmier gradué.

Le porteur du titre professionnel d'accoucheuse peut de plein droit exercer l'art infirmier dans le domaine de l'art obstétrical, du traitement de la fertilité et de la néonatalogie.

Art. 21sexies, § 1er. Les certificats, brevets ou diplômes des personnes visées à l'article 21quater, doivent être visés préalablement par la commission médicale prévue à l'article 36, et qui est compétente en raison du lieu où elles comptent s'établir.

Avant l'octroi du visa, la Commission d'agrément du Conseil national de l'art infirmier vérifie s'il est répondu aux critères d'agrément en tant que porteur du titre professionnel visé à l'article 21quater, conformément aux modalités fixées par le Roi, après avis du Conseil national de l'art infirmier.

Le visa est octroyé contre paiement d'une redevance. Le Roi fixe les montants et les modalités de paiement.

§ 2. A la demande de l'intéressé, la commission médicale peut viser le document par lequel la direction de l'établissement d'enseignement ou le jury d'examen compétent atteste que le demandeur a réussi l'examen final donnant droit au diplôme ou brevet.

Les effets de ce visa cessent à l'expiration du mois qui suit celui de l'homologation du diplôme ou du brevet et, au plus tard, à l'expiration du douzième mois suivant celui de l'octroi du visa.)

Art. 21octies. Il est interdit à tout praticien de l'art infirmier de prêter d'une manière quelconque son concours ou son assistance à un tiers non qualifié à l'effet de permettre à ce dernier d'exercer l'art infirmier.

Art. 21novies. Nul ne peut attribuer à des personnes qu'il occupe, même bénévolement, un des titres professionnels visés à l'article 21quater, § 1er, si ces personnes ne répondent pas aux conditions fixées par l'article 21quater, § 1er.) (...) »

Le non respect de ces dispositions expose les contrevenants à des sanctions pénales et disciplinaires prévues au chapitre IV de ce même AR :

« (...) **Art. 38ter.** Sans préjudice de l'application des peines prévues par le Code pénal, est puni d'un emprisonnement de huit jours à trois mois et d'une amende de vingt-six à deux mille francs ou d'une de ces peines seulement :

1° Celui qui, ne disposant pas de l'agrément nécessaire ou ne réunissant pas les conditions fixées par l'article 21quater, § 1er, exerce une ou plusieurs activités relevant de l'art infirmier telles que prévues à l'article 21quinquies, § 1, a), avec l'intention d'en tirer un bénéfice financier ou exerce habituellement une ou plusieurs activités visées à l'article 21quinquies, § 1er, b) et c).

Cette disposition n'est pas d'application aux personnes habilitées à exercer la médecine, ni aux accoucheuses, aux aides-soignants et aux praticiens de la kinésithérapie ou d'une profession paramédicale pour ce qui est de l'exercice réglementaire de leur profession.

Elle n'est pas davantage d'application à l'étudiant en médecine, à l'étudiant en kinésithérapie, à l'étudiante accoucheuse et à la personne suivant une formation paramédicale exerçant les activités susmentionnées dans le cadre de sa formation, ni à l'étudiant exerçant les activités susmentionnées dans le cadre d'une formation reconnue permettant d'obtenir l'agrément visé à l'article 21quater, § 1er, ou à l'article 21quinquiesdecies;)

2° Le praticien de l'art infirmier qui, en infraction à l'article (21octies), prête d'une manière quelconque sa collaboration à un tiers ou lui sert de prête-nom, aux fins de le soustraire aux peines réprimant l'exercice illégal de l'art infirmier;

3° Celui qui, par voies de fait ou par violence, empêche ou entrave l'exercice régulier et normal de l'art infirmier par une personne réunissant les conditions requises;

4° Celui qui charge habituellement de l'exercice de l'art infirmier ou autorise habituellement à cette fin une personne qui n'est pas en possession de l'agrément visé à l'article 21quater ou de l'enregistrement visée à l'article 21quinquiesdecies et d'un titre de qualification visé ou qui n'a pas la qualité d'étudiant prévue au 1° du présent article;)

5° Celui qui charge habituellement une des personnes visées à l'article (21quater), de l'accomplissement d'un acte qui est considéré comme relevant de l'art médical, sauf s'il s'agit d'un acte prévu à l'article (21quinquies), § 1er, c;

6° Le praticien de l'art infirmier qui exerce en violation des règlements pris en exécution de l'article (21quinquies), § 2.

7° Celui qui charge habituellement une des personnes visées à l'article 21quinquiesdecies de l'accomplissement d'un acte qui est considéré comme relevant de l'art médical.) (...) »

Il résulte de ces exigences légales qu'une personne n'étant pas qualifiée en tant que praticien de l'art infirmier ne peut être considérée au sens des articles 2 n) et 34 1° b) de la loi coordonnée le 14/07/1994 comme habilitée à effectuer et à porter en compte des prestations reprises à l'article 8 § 1er de l'annexe à l'A.R. du 14/09/1984 établissant la nomenclature des prestations de santé.

A noter que l'exercice de la profession d'aide soignante est également réglementé par les dispositions du chapitre I ter de l'AR n° 78 du 10.11.67 relatif à l'exercice des professions des soins de santé qui précise notamment :

« (...) **Art. 21quinquiesdecies.** Nul ne peut exercer la profession d'aide soignant sans avoir été enregistré au sein des services du gouvernement, conformément aux modalités fixées par le Roi.

Art. 21sexiesdecies. § 1er. On entend par aide soignant, une personne spécifiquement formée pour assister l'infirmier ou l'infirmière, sous leur contrôle, en matière de soins, d'éducation et de logistique, dans le cadre des activités coordonnées par l'infirmier ou l'infirmière dans une équipe structurée.

§ 2. Le Roi détermine, après avis du Conseil National de l'art infirmier et la Commission technique de l'art infirmier, les activités mentionnées à l'article 21quinquies § 1er, a) et b), que l'aide soignant peut réaliser, et fixe les modalités d'exécution de ces activités afférentes à la fonction d'aide soignant, conformément au § 1er.

Art. 21septiesdecies. § 1er. Les certificats, brevets ou diplômes des personnes visées à L'article 21quinquiesdecies, doivent être visés préalablement par la commission médicale prévue à l'article 36, et qui est compétente en raison du lieu où elles comptent s'établir.

Avant l'octroi du visa, la Commission d'agrément du Conseil national de l'art infirmier vérifie s'il est répondu aux modalités d'enregistrement en tant qu'aide soignant visées à l'article 21quinquiesdecies, conformément aux modalités fixées par le Roi, après avis du Conseil national de l'art infirmier.

Le visa est octroyé contre paiement d'une redevance. Le Roi fixe les montants et les modalités de paiement.

§ 2. A la demande de l'intéressé, la commission médicale peut viser le document par lequel la direction de l'établissement d'enseignement ou le jury d'examen compétent atteste que le demandeur a réussi l'examen final donnant droit au diplôme ou brevet.

Les effets de ce visa cessent à l'expiration du mois qui suit celui de l'homologation du diplôme ou du brevet et, au plus tard, à l'expiration douzième mois suivant celui de l'octroi du visa. (...) »

Les modalités d'enregistrement dont question à l'article 21quinquiesdecies ci-dessus sont définies par un AR du 12/01/2006.

Un autre AR du 12/01/2006 définit les activités infirmières qui peuvent être effectuées par des aides-soignantes et les conditions dans lesquelles ces aides-soignantes peuvent poser ces actes :

« (...) **Art. 1.** Pour l'application du présent arrêté, il faut entendre par :

1° " aide-soignant " : l'aide-soignant visé à l'article 21sexiesdecies de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions de soins de santé;

2° " infirmier " : la personne visée à l'article 21quater de l'arrêté royal n° 78 précité;

3° " activités " : les activités infirmières visées à l'article 21quinquies, § 1er a) et b) de l'arrêté royal n° 78 précité.

Art. 2. Les activités qu'un aide-soignant peut effectuer, sont déterminées dans l'annexe du présent arrêté.

L'aide-soignant ne peut accomplir ces activités que dans la mesure où un infirmier les lui a déléguées. L'infirmier peut, à tout moment, mettre fin à cette délégation.

Art. 3. § 1er. L'aide-soignant travaille au sein d'une équipe structurée.

L'équipe structurée doit répondre au minimum aux critères suivants :

1° La répartition des infirmiers dans l'équipe structurée doit être telle qu'ils puissent contrôler les activités des aides-soignants.

2° L'équipe structurée doit garantir la continuité et la qualité des soins.

3° Elle organise la concertation commune au sujet des patients dans le cadre de laquelle elle a procédé à une évaluation du plan de soins visé au § 3 et le cas échéant à une adaptation de celui-ci.

4° Elle instaure une procédure de collaboration entre l'infirmier et l'aide-soignant. Ce dernier fait rapport le jour même à l'infirmier qui contrôle ses activités.

5° Elle bénéficie d'une formation permanente.

§ 2. Par " contrôle " on entend le contrôle dont question à l'article 21sexiesdecies de l'arrêté royal n° 78 susmentionné du 10 novembre 1967 :

1° L'infirmier veille à ce que les soins, l'éducation à la santé et les activités logistiques qu'il a déléguées aux aides-soignants de l'équipe structurée, sont effectués d'une manière correcte.

2° Le nombre d'aides-soignants qui travaille sous le contrôle de l'infirmier, dépend des effectifs prévus pour l'équipe structurée, de la complexité des soins et de la stabilité de l'état des patients. Compte tenu de ces éléments, la présence de l'infirmier lors de l'exercice des activités de l'aide soignant n'est pas toujours indispensable.

3° L'infirmier doit être accessible pour donner les informations et le support indispensable à l'aide-soignant.

§ 3. L'aide soignant collabore, dans la limite de sa qualification et de sa formation, à la tenue à jour pour chaque patient du dossier infirmier visé à l'article 21quinquies, § 2, de l'arrêté royal n°78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions de soins de santé.

Art. 4. L'aide-soignant doit bénéficier chaque année d'une formation permanente d'au moins 8 heures. (...)

En annexe à cet AR du 12/01/2006 figure la liste des activités infirmières que l'aide-soignant(e) peut effectuer sous contrôle de l'infirmier(ère) et dans une équipe structurée ; parmi ces prestations figurent les soins d'hygiène.

Activité	Référence à la liste des prestations infirmières ¹
Observer et signaler les changements chez le patient sur les plans physique, psychique et social dans le contexte des activités de la vie quotidienne (A.V.Q.)	Art. 21 quinquies §1er a
Informier et conseiller le patient/résidant et sa famille conformément au plan de soins, relativement aux prestations techniques autorisées	Art. 21 quinquies §1er a
Assister le patient/résidant et son entourage dans les moments difficiles	Art. 21 quinquies §1er a
Soins de bouche	
Enlever et remettre les bas destinés à prévenir et/ou traiter des affections veineuses, à l'exception de la thérapie par compression à l'aide de bandes élastiques	A.R. 18/6/90/ 1.1
Observer le fonctionnement des sondes vésicales et signaler les problèmes	A.R. 18/6/90/ 1.2
Soins d'hygiène à une stomie cicatrisée, ne nécessitant pas des soins de plaies	A.R. 18/6/90/ 1.4
Surveiller l'hydratation par voie orale du patient/résidant et signaler les problèmes	A.R. 18/6/90/ 1.5
Aide à la prise de médicaments par voie orale, selon un système de distribution préparé et personnalisé par un(e) infirmier(ière) ou un pharmacien	A.R. 18/6/90/ 1.6
Aide à l'alimentation et l'hydratation par voie orale à l'exception des cas d'alimentation par sonde et de troubles de la déglutition	A.R. 18/6/90/ 1.7
Installation et surveillance du patient/résidant dans une position fonctionnelle avec support technique, conformément au plan de soins	A.R. 18/6/90/2
Soins d'hygiène chez les patients/résidants souffrant de dysfonction de l'A.V.Q., conformément au plan de soins	A.R. 18/6/90/3
Transport des patients/résidants, conformément au plan de soins	A.R. 18/6/90/4
Application des mesures en vue de prévenir les lésions corporelles, conformément au plan de soins	A.R. 18/6/90/5
Application des mesures en vue de prévenir les infections, conformément au plan de soins	A.R. 18/6/90/5
Application des mesures dans le cadre de la prévention des escarres, conformément au plan de soins	A.R. 18/6/90/5
Prise du pouls et de la température corporelle, signalement des résultats	A.R. 18/6/90/6

Activité	Référence à la liste des prestations infirmières ¹
Assistance du patient/résidant lors du prélèvement non stérile d'excréments et de sécrétions	A.R. 18/6/90/6

¹ article 21quinquies de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé et de l'arrêté royal du 18 juin 1990 portant fixation de la liste des prestations techniques de soins infirmiers et de la liste des actes pouvant être confiés par un médecin à des praticiens de l'art infirmier, ainsi que des modalités d'exécution relatives à ces prestations et à ces actes et des conditions de qualification auxquelles les praticiens de l'art infirmier doivent répondre.

Depuis le 01/01/2014, l'article 8 §12 énumère les conditions exigées pour que des prestations réalisées par un aide-soignant puissent être portées en compte à l'ASS.

"§ 12 Dispositions détaillées concernant les prestations dans le cadre desquelles un aide-soignant effectue des activités infirmières, confiées par un infirmier :

1° Sans porter préjudice aux dispositions des autres paragraphes du présent article, une intervention de l'assurance est octroyée pour les prestations décrites dans cet article dans le cadre desquelles un aide-soignant effectue des activités infirmières, confiées par un infirmier, aux conditions mentionnées dans le présent paragraphe. Par « aide-soignant » on entend la personne visée à l'article 21 *sexiesdecies* de l'arrêté royal n°78 du 10 novembre 1967. Les « activités infirmières » en question sont fixées par l'AR du 12 janvier 2006 fixant les activités infirmières qui peuvent être effectuées par des aides-soignants et les conditions dans lesquelles ces aides-soignants peuvent poser ces actes. Si les conditions de ce paragraphe ne sont pas remplies il n'y a pas d'intervention de l'assurance.

2° Ces prestations doivent être dispensées au sein d'une équipe structurelle. Cette équipe doit se composer d'au moins 4 infirmiers qui ont tous adhéré à la convention nationale et qui exercent l'art infirmier à titre principal. Cette équipe utilise le même numéro tiers-payant de groupe.

En outre, cette équipe doit chaque mois être composée de minimum 4 infirmiers qui ensemble attestent chaque mois des prestations de l'article 8 pour une valeur minimale de 4 000 W et ce durant une période de 6 mois précédant le mois au cours duquel une prestation attestée a été dispensée par un aide-soignant.

Il doit à chaque fois s'agir des infirmiers qui ont effectivement collaboré à un aspect des soins dispensés aux patients, à l'exception d'aspects administratifs ou de coordination. En ce qui concerne la condition d'activité susmentionnée, les prestations pour lesquelles des aides-soignants ont dispensé les soins entièrement ou en partie ne sont pas prises en considération.

L'équipe structurelle doit avoir conclu des accords internes sur les modalités pratiques de la délégation d'activités infirmières aux aides soignants et sur la collaboration entre les membres de l'équipe. Ces accords internes doivent répondre à une directive qui est fixée par le Comité de l'assurance soins de santé. Le respect de ces accords est une condition pour l'intervention de l'assurance.

L'équipe structurelle doit introduire une déclaration sur l'honneur auprès de l'INAMI conformément à une directive fixée par le Comité de l'assurance soins de santé, comprenant au moins les données permettant d'identifier l'équipe.

3° Maximum 25% des prestations de base attestées, aussi bien dans les honoraires forfaitaires qu'en-dehors, qui sont dispensées au cours d'un mois calendrier par une équipe structurée peuvent être effectuées par des aides-soignants.

4° Les aides-soignants ne peuvent dispenser d'actes dans le cadre des honoraires visés aux rubriques IV et V du § 1^{er}, 1° et 2°.

5° Dans le cadre de la délégation, fixée dans l'arrêté royal du 12 janvier 2006 fixant les activités infirmières qui peuvent être effectuées par des aides-soignants et les conditions dans lesquelles ces aides-soignants peuvent poser ces actes, les infirmiers effectuent des visites de contrôle. Au cours de cette visite de contrôle, on vérifie si cette délégation se déroule correctement. Lors de cette visite de contrôle, l'infirmier doit dispenser lui-même les soins nécessaires au cours de cette visite, éventuellement en présence de l'aide-soignant. Les soins au patient ne peuvent être étalés sur plusieurs séances de soins que pour des raisons médicales figurant sur la prescription.

Le nombre minimum de visites de contrôle est fixé à une fois par mois pour chaque patient chez qui un aide-soignant effectue des activités infirmières, excepté :

a) dans le cadre des honoraires forfaitaires, dénommés forfaits A, où une visite de contrôle doit être effectuée au moins deux fois par mois;

b) dans le cadre des honoraires forfaitaires, dénommés forfaits B, où une visite de contrôle doit être effectuée au moins quatre fois par mois;

c) dans le cadre des honoraires forfaitaires, dénommés forfaits C, où au moins une visite de contrôle quotidienne doit être effectuée.

La fréquence et les moments de ces visites de contrôle doivent être adéquats du point de vue de la situation de soin du patient et doivent être motivés dans un dossier infirmier.

6° L'infirmier qui délègue peut attester l'activité de l'aide-soignant en son propre nom par le biais des codes nomenclature en question au § 1^{er}, moyennant l'identification de l'aide-soignant via le numéro INAMI du dispensateur et des prestations dispensées par cet aide-soignant sur l'attestation de soins donnés ou un document similaire. Les honoraires couvrent cette activité, ainsi que tous les aspects de contrôle et de surveillance, fixés dans l'arrêté royal du 12 janvier 2006.»

Mme A. ne travaille pas au sein d'une équipe structurelle telle qu'énoncée à l'article 8 § 12 2°. Par conséquent, aucune intervention de l'assurance n'est possible pour les « activités infirmières », confiées par un infirmier, effectuées par des aides-soignants

D'autre part, il convient de préciser que pour les honoraires forfaitaires, la nomenclature érige la réalisation des soins d'hygiène en condition indispensable à leur attestabilité de la manière suivante :

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

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

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

(...) »

➤ **Détermination des prestations litigieuses et calcul de l'indu au prorata temporis des heures prestées par chaque catégorie de personnel**

1. Jurisprudence en la matière

La détermination des prestations litigieuses et le calcul de l'indu résultent de l'analyse des comptes individuels de Mesdames K. et L. comme salariées de Mme A. fournis par le secrétariat social, en l'occurrence ..., notamment, pour les mois de janvier 2014 à juin 2014.

En l'absence de documents internes de facturation permettant de déterminer clairement qui a fait quoi dans les soins dispensés aux assurés, ils ont été déterminés au prorata temporis des heures prestées par Mesdames K. et L. en les appliquant aux seuls honoraires forfaitaires et soins d'hygiène à l'acte.

Dans le dossier d'enquête E/06-0321-00, le grief principal concernait une infraction aux dispositions de l'article 8, § 11 de la NPS avec facturation de prestations effectuées par des tiers non habilités en dehors d'une adhésion au projet pilote (Art. 56, § 5 de la LC).

En l'absence de documents permettant d'identifier clairement la personne qui avait effectivement réalisé les soins d'hygiène (à l'acte et au sein des forfaits) le calcul de l'indu avait été réalisé sur base des données des fiches individuelles DIMONA au prorata des horaires prestés par les différents acteurs.

Le point 4.1.2. de la décision de la CPI du 18-07-2013 (n° de rôle FA-021-12) intervenue dans cette affaire (décision non frappée d'appel) a précisé :

« Pour le surplus, la méthode de calcul de l'indu adoptée par le SECM est correcte »

2. L'analyse des comptes individuels du personnel de Mme A. employé durant la période échelonnée de novembre 2013 à novembre 2014 – Détermination du prorata temporis.

Sur base des comptes individuels mensuels de Mesdames K. et L., membres du personnel de Madame A., fournis par son secrétariat social, en l'occurrence ..., et ce pour les mois de janvier 2014 à juin 2014, le service a établi mensuellement d'une part, les heures de prestations attribuées par le service pour l'équivalent d'un temps plein à Madame A. et d'autre part, les heures prestées par le personnel non infirmier (aide-soignant) afin de déterminer la proportion de l'implication de l'aide-soignante dans les soins effectués de manière autonome.

A noter que pour l'équivalent d'un temps plein, le service a attribué à Madame A., 7h36 par jour de travail multiplié par le nombre de jours calendriers.

Le résultat de cette analyse se synthétise comme suit :

	01/2014	02/2014	03/2014	04/2014	05/2014	06/2014
A.	235,60	212,80	235,60	228	235,60	228
ETP INF						
K.	79	8				
L.			114,80	88	133	90
ETP AS						
ETP TOTAL	314,60	220,80	350,40	316	368,60	318
ETP AS / ETP TOT	0,25	0,03	0,33	0,28	0,36	0,28

L'analyse des comptes individuels objective les heures prestées pour Mme A. et témoigne de l'implication active de Mesdames K et L. dans les soins.

3. Détermination des prestations litigieuses

Dans la mesure où les aides-soignantes étaient principalement impliquées dans la réalisation des toilettes ; le SECM a limité la détermination des prestations litigieuses aux seuls soins d'hygiène facturés à l'acte ou dans le contexte des honoraires forfaitaires dans la mesure où l'article 8, § 5, 3° de la NPS exige la réalisation d'un soin d'hygiène conforme en condition de remboursement pour les honoraires forfaitaires.

Cependant :

- Pour les prestations d'honoraires forfaitaires déjà retenues sous le grief n° 1 – surévaluation échelle de Katz : l'indu sera calculé sur la valeur de l'indu par différence du grief, pour les mois de janvier 2014 à juin 2014 (période déterminée pour le grief). Les prestations litigieuses seront mentionnées par la mention « 3 »
- La prestation de base conjointe au soin d'hygiène ne sera pas retenue à grief lorsque une prestation technique de soins infirmiers a été réalisée dans la mesure où le SECM considère que celle-ci a été réalisée par un tiers habilité.

4. Cas retenus

Seuls cinq assurés ont été retenus. Il s'agit des assurés pour qui l'audition, ou l'audition d'une personne proche a démontré que les soins ont été partiellement effectués par une des aides-soignantes ayant travaillé pour Mme A.

4.1. Cas D.

Les prestations retenues à grief sont mentionnées dans la colonne grief « NC/NH » sous l'indication «3» dans le tableau repris aux pages 4 à 13 du document E/....

Il s'agit :

- du 01/01/2014 au 05/01/2014, de la « T7 » accompagnée de la première prestations de base, résultant de la décotation dans le grief n°1 - code semaine 425110 et code weekend ou jour férié 425515 ainsi que la première prestation de base afférente, code semaine 425014 et code weekend ou jour férié 425412
- du 06/01/2014 au 11/03/2014, du forfait A, code semaine 425272 et code weekend ou jour férié 425670
- du 12/03/2014 au 30/06/2014, d'une prestation de soin d'hygiène (toilette) code semaine 425110 et code weekend ou jour férié 425515 ainsi que la première prestation de base afférente, code semaine 425014 et code weekend ou jour férié 425412

Ces prestations ont été introduites au remboursement auprès des OA du 28/02/2014 au le 31/07/2014.

Calcul du montant des prestations, utile pour le calcul de l'indu du grief

Le premier tableau reprend les prestations attestées par Mme A. (forfait A) entre le 01/01/2014 et le 05/01/2014 et les prestations attestables suite à la décotation résultant du grief n°1.

PRESTATIONS ATTESTÉES				PRESTATIONS ATTESTABLES			
PRESTATION	MONTANT €	NOMBRE	SOMME DE MONTANT €	PRESTATION	MONTANT €	NOMBRE	SOMME DE MONTANT €
425272	12,84	2	25,68	425014	2,95	2	5,90
				425110	3,92	2	7,84
425670	19,17	3	57,51	425412	4,05	3	12,15
				425515	5,89	3	17,67
TOTAUX		5	83,19			10	25,51

Ces prestations de « T7 » résiduelles sont reprises comme litigieuses dans le présent grief de tiers non habilité et ont donc été intégrées aux prestations attestées entre le 06/01/2015 et le 30/06/2015 dans le tableau ci-dessous qui reprend toutes les prestations litigieuses sur base desquelles l'indu sera calculé.

CODE	VALEUR	NOMBRE	MONTANT
425014	2,95	77	227,15
425110	3,92	77	301,84
425272	12,84	42	539,28
425412	4,05	39	157,95
425515	5,89	39	229,71
425670	19,17	16	306,72
TOTAUX		290	1.762,65

En conclusion, le calcul proportionnel se basera sur le montant des prestations attestables (obtenu après décotation), soit 1.762,65€ pour 290 prestations.

4.2. Cas E.

Dans le tableau repris aux pages 19 (et non pas 20 comme repris dans le PVC) à 47 du document E/..., les prestations retenues à grief sont indiquées dans la colonne grief « NC/NH» sous la mention «3».

Du 01/01/2014 au 30/06/2014, ont été attestés un honoraire forfaitaire dit forfait PC pour forfait C palliatif, code semaine 427011, code weekend ou jour férié 427092 ; du pseudocode de la 1ère prestation de base (426635), du pseudocode de la 2ème prestation de base (426650) et de 2 pseudocodes de soin d'hygiène (toilette) (426731).

Le forfait PC est repris à titre principal sous le grief n°1 (décotation forfait PC → forfait C).

Les prestations litigieuses sont donc les forfaits C suite à la décotation résultant du grief n°1, pour la période du 01/01/2014 au 30/06/2014.

Ces prestations ont été introduites au remboursement entre le 06/02/2014 et le 07/07/2014.

Calcul du montant des prestations utile pour le calcul de l'indu du grief

L'indu sera donc calculé sur le montant de la décotation en forfaits C résultant du grief n°1 pour la période du 01/01/2014 au 30/06/2014.

PRESTATIONS ATTESTEES ET INDUES				PRESTATIONS ATTESTABLES			
CODE	VALEUR €	NOMBRE	MONTANT €	CODE	VALEUR €	NOMBRE	MONTANT €
427011	64,53	124	8001,25	425316	44,87	124	5563,88
427092	96,25	57	5486,25	425714	66,94	57	3815,58
TOTAUX			13487,5				9379,46

En conclusion, le calcul proportionnel se basera sur le montant des prestations attestables (obtenu après décotation), soit 9.379,46€ pour 181 prestations.

4.3. Cas F.

Dans le tableau repris aux pages 52 à 63 du document E/..., les prestations retenues à grief sont indiquées dans la colonne grief « NC/NH » sous la mention «3».

Du 01/01/2014 au 30/06/2014, ont été attestés :

Du 01/01/2014 au 04/03/2014, un honoraire forfaitaire dit forfait B code semaine 425294, code weekend ou jour férié 425692 ; le pseudocode de la 1ère prestation de base (426635) et le pseudocode du soin d'hygiène (toilette) (426731).

Du 05/03/2014 au 30/06/2014, un honoraire forfaitaire dit forfait A, code semaine 425272, code weekend ou jour férié 425670, le pseudocode de la 1ère prestation de base (426635) et le pseudocode du soin d'hygiène (toilette) (426731).

Ces prestations ont été introduites au remboursement du 13/02/2014 au 16/07/2014.

Les prestations litigieuses sont les « T7 » résultant de la décotation du grief n°1, pour la période du 01/01/2014 au 30/06/2014.

Calcul du montant des prestations utile pour le calcul de l'indu du grief

L'indu sera calculé sur base de la « T7 », accompagné de la première prestation de base, résultant de la décotation du grief n°1 pour la période du 01/01/2014 au 30/06/2014.

PRESTATIONS ATTESTEES ET INDUES				PRESTATIONS ATTESTABLES			
CODE	VALEUR €	NOMBRE	MONTANT €	CODE	VALEUR €	NOMBRE	MONTANT €
425294	32,73 €	44	1.440,12 €	425014	3,68 €	44	161,92 €
				425110	5,22 €	44	229,68 €
425692	48,72 €	19	925,68 €	425412	5,15 €	19	97,85 €
				425515	7,85 €	19	149,15 €
425272	16,86 €	80	1.348,80 €	425014	3,68 €	80	294,40 €
				425110	5,22 €	80	417,60 €
425670	25,30 €	38	961,40 €	425412	5,15 €	38	195,70 €
				425515	7,85 €	38	298,30 €
TOTAUX			4.676,00 €			362	1.844,60 €

En conclusion, le calcul proportionnel se basera sur le montant des prestations attestables (obtenu après décotation), soit 1.844,60€ pour 362 prestations.

4.4. G.

Dans le tableau repris aux pages 67 à 84 du document E/..., les prestations retenues à grief sont indiquées dans la colonne grief « NC/NH » sous la mention «3».

Du 01/01/2014 au 30/06/2014, ont été porté en compte un honoraire forfaitaire dit forfait B code semaine 425294, code weekend ou jour férié 425692 ; le pseudocode de la 1ère prestation de

base (426635), le pseudocode de la 2^{ème} prestation de base (426650) et 2 pseudocodes du soin d'hygiène (toilette) (426731).

Le forfait B est repris à titre principal sous le grief n°1 (décoration forfait B → « T7 »).

Les prestations litigieuses sont les « T7 » accompagnées de deux prestations de base résultant de la décoration, pour la période du 01/01/2014 au 30/06/2014.

Ces prestations ont été introduites au remboursement entre le 06/02/2014 et le 07/07/2014.

Calcul du montant des prestations, utile pour le calcul de l'indu du grief

L'indu sera calculé sur base de la « T7 » avec deux prestations de base résultant de la décoration du grief n°1 pour la période du 01/01/2014 au 30/06/2014.

PRESTATIONS ATTESTEES ET INDUES				PRESTATIONS ATTESTABLES			
CODE	VALEUR	NOMBRE	MONTANT €	CODE	VALEUR	NOMBRE	MONTANT €
425294	32,73	114	3.731,22	425014	3,68 €	114	419,52 €
				425036	3,68 €	114	419,52 €
				425110	5,22 €	114	595,08 €
425692	48,72	52	2.533,44	425412	5,15 €	52	267,80 €
				425434	5,15 €	52	267,80 €
				425515	7,85 €	52	408,20 €
TOTAUX		166	6.264,66			498	2.377,92 €

En conclusion, le calcul proportionnel se basera sur la valeur des prestations retenues à titre principal, soit 498 prestations pour un montant de 2.377,92 €.

4.5. J.

Le tableau repris aux pages 89 à 107 du document E/..., les prestations retenues à grief sont indiquées dans la colonne grief « NC/NH » sous la mention « 3 ».

Il s'agit d'un honoraire forfaitaire dit forfait C code semaine 425316, code weekend ou jour férié 425714 ; du pseudocode de la 1^{ère} prestation de base (426635), du pseudocode de la 2^{ème} prestation de base (426650) et de 2 pseudocodes de soin d'hygiène (toilette) (426731).

Ces prestations ont été introduites au remboursement entre le 13/02/2014 et le 16/07/2014.

Calcul du montant des prestations, utile pour le calcul de l'indu du grief

Indu sera calculé sur base des forfaits C attestés du 01/01/2014 au 30/06/2014.

CODES	VALEUR	NOMBRE	MONTANT
425316	44,87	124	5563,88
425714	66,94	57	3815,58
TOTAUX		181	9379,46

En conclusion, le calcul proportionnel se basera un nombre de 181 prestations pour un montant de 9.379,16€.

➤ **Indu pour ce grief**

Les prestations litigieuses et les montants indus sont déterminés en appliquant au relevé des prestations pour chaque assuré concerné et pour chaque mois pris en considération, le pourcentage correspondant au prorata temporis des prestations horaires réalisées par l'aide-soignante :

Ce premier tableau reprend le calcul du nombre de prestations litigieuses en fonction des paramètres expliqués ci-avant.

MOIS	CAS	ASSURÉ	425014	425036	425110	425272	425316	425412	425434	425515	425670	425714	RATIO	NOMBRE DE PRESTATION RATIO
Janvier 2014	1	D.	2		2	15		3		3	4		0,25	62
	2	E.					22					9		
	3	F.	22		22			9		9				
	4	G.	22	22	22			9	9	9				
	5	J.					22					9		
	sous-totaux	246												
Février 2014	1	D.				20					8		0,04	9
	2	E.					20					8		
	3	F.	20		20			8		8				
	4	G.	20	20	20			8	8	8				
	5	J.					20					8		
	sous-totaux	224												
Mars 2014	1	D.	14		14	7		6		6	4		0,33	88
	2	E.					21					10		
	3	F.	21		21			10		10				
	4	G.	21	21	21			10	10	10				
	5	J.					21					10		
	sous-totaux	268												
Avril 2014	1	D.	21		21			9		9			0,28	63
	2	E.					21					9		
	3	F.	21		21			9		9				
	4	G.	11	11	11			4	4	4				
	5	J.					21					9		
	sous-totaux	225												
Mai 2014	1	D.	20		20			11		11			0,36	100
	2	E.					20					11		
	3	F.	20		20			11		11				
	4	G.	20	20	20			11	11	11				
	5	J.					20					11		
	sous-totaux	279												
Juin 2014	1	D.	20		20			10		10			0,28	76
	2	E.					20					10		
	3	F.	20		20			10		10				
	4	G.	20	20	20			10	10	10				
	5	J.					20					10		
	sous-totaux	270												
TOTAUX			1.512											398

Le deuxième tableau, ci-après, reprend le calcul des montants indus en fonction des paramètres expliqués ci-avant.

MOIS	CAS	ASSURÉ	425014	425036	425110	425272	425316	425412	425434	425515	425670	425714	RATIO	INDU
Janvier 2014	1	D.	5,9		7,84	192,60		12,15		17,67	76,68		0,25	1016,5375
	2	E.					897,74					602,46		
	3	F.	80,96		114,84			46,35		70,65				
	4	G.	80,96	80,96	114,84			46,35	46,35	70,65				
	5	J.					897,74					602,46		
	sous-totaux	4.066,15												
Février 2014	1	D.				256,8					153,36		0,04	158,192
	2	E.					897,40					535,52		
	3	F.	73,60		104,40			41,20		62,80				
	4	G.	73,60	73,60	104,40			41,20	41,20	62,80				
	5	J.					897,40					535,52		
	sous-totaux	3.954,80												
Mars 2014	1	D.	41,30		54,88	89,88		24,30		35,34	76,88		0,33	1421,805
	2	E.					942,27					669,40		
	3	F.	77,28		109,62			51,50		78,50				
	4	G.	77,28	77,28	109,62			51,50	51,50	78,50				
	5	J.					942,27					669,40		
	sous-totaux	4.308,50												
Avril 2014	1	D.	61,95		82,32			36,45		53,01			0,28	1055,012
	2	E.					942,27					602,46		
	3	F.	61,95		82,32			36,45		53,01				
	4	G.	40,48	40,48	57,42			20,60	20,60	31,40				
	5	J.					942,27					602,46		
	sous-totaux	3.767,90												
Mai 2014	1	D.	59		78,4			44,55		64,79			0,36	1480,05
	2	E.					897,40					736,34		
	3	F.	59		78,4			44,55		64,79				
	4	G.	59	59	78,4			44,55	44,55	64,79				
	5	J.					897,40					736,34		
	sous-totaux	4.111,25												
Juin 2014	1	D.	59		78,4			40,5		58,9			0,28	1104,18
	2	E.					897,40					669,40		
	3	F.	59		78,4			40,5		58,9				
	4	G.	59	59	78,4			40,5	40,5	58,9				
	5	J.					897,40					669,40		
	sous-totaux	3.943,50												
TOTAUX			24.152,10											6.235,78

Tableau synoptique des griefs et des indus

GRIEF	PRESTATION	NOMBRE DE PRESTATION	INDU TOTAL	INDU PAR DIFFÉRENCE	INDU DU GRIEF
1 – Surévaluation échelle de Katz et absence de réunion de coordination	425272	82			
	425294	158			
	425670	41			
	425692	71			
	427011	124			
	427092	57			
	sous-totaux	533		10.865,81 €	10.865,81 €
2 - Dossier	423231	21			
	423334	10			
	425272	42			
	425294	50			
	425316	21			
	425670	20			
	425692	25			
	425714	10			
	427011	21			
	427092	10			
sous-totaux	230		7.708,29 €	7.708,29 €	
3 – Tiers non habilité	425014	Pro rata temporis sur un total de 1.512 prestations			
	425036				
	425110				
	425272				
	425316				
	425412				
	425434				
	425515				
	425670				
	425714				
sous-totaux	398		6.235,78 €	6.235,78 €	
TOTAUX		1.161			24.809,88 €

II. DISCUSSION

1. QUANT AU FONDEMENT DES GRIEFS

1.1. 1^{ER} GRIEF

Ce grief se fonde sur l'analyse des données informatisées transmises et authentifiées par les différents organismes assureurs conformément au prescrit de l'article 138 de la loi ASSI, sur l'analyse de pièces, les déclarations des bénéficiaires ou de tiers privilégiés ainsi que sur les aveux de Mme A. elle-même.

1.1.1. Cas D.

Le Service estime que Madame A. n'était pas en droit d'attester pour cette assurée des forfaits A - code semaine 425272, code weekend ou jour férié 425670, du pseudocode de la 1ère prestation de base – (426635) et du pseudocode de la toilette – (426731) - durant la période comprise entre le 01/01/2014 et le 05/01/2014 (prestations introduites au remboursement en date du 28/02/2014).

En effet, il ressort tant des déclarations de Mme D. que de celles de Mme A. que durant la période litigieuse concernée, le degré de dépendance de cette assurée était tel qu'il ne pouvait que justifier une « T7 » mais nullement un Forfait A.

Auditionnée en date du 02/07/15, Mme D. devait déclarer :

« (...)

Pour me laver : je ne sais plus laver mon dos ni mes pieds surtout. Je ne sais plus me baisser à cause du dos et de ma jambe gauche. Je suis limitée par mes 2 épaules et les tremblements.

Pour m'habiller : je n'arrive pas à boutonner et à fermer une tirette à cause de mon dos, les bas varices je n'arrive pas à les mettre.

Le soir c'est mon mari qui m'aide et le matin aussi. Je n'ai pas de corset.

Pour me mettre au lit et me relever, je le fais toute seule à mon aise.

Je suis surtout moins bien depuis mon PCMK (pace maker)

Avant c'était plus ou moins stable depuis 2 ans.

Le lit est à l'étage. J'ai une canne pour m'aider. Je m'appuie sur les meubles et les chaises.

Je sors avec mon mari en voiture dans la famille. Je ne sais plus aller en grande surface. C'est mon mari qui fait les courses.

Je prépare à manger. Mon mari m'aide et fait la vaisselle.

C'est lui qui fait le ménage.

Je vais à la toilette toute seule. Je perds de l'urine surtout la nuit. J'ai des grosses protections pour la nuit.

La journée, j'ai des petites protections.

J'arrive à m'essuyer et me rhabiller toute seule.

Je sais manger toute seule.(...) »

Mme A., entendue à ce propos le 10/11/15, devait confirmer, en ces termes, les déclarations de Mme D. :

« (...) Vous me demandez ce que je pense de ces déclarations ? Je suis d'accord avec sa déclaration.

Sur base des déclarations et des Directives pour l'utilisation de l'échelle d'évaluation, nous refaisons ensemble l'échelle de Katz, à dater du 01/11/2013.

	Scores Mme A.		Scores SECM + Mme A. (audition du 10/11/15)
	01/01/14	12/03/14	
Se laver	4	4	4
S'habiller	4	4	4
Transferts et déplacements	3	2	2
Aller à la toilette	2	1	1
Continence	2	2	2
manger	2	1	1

FORFAIT/TOILETTES	FA	T7	T7
-------------------	----	----	----

Nous justifions les changements de cotations :

Transfert et déplacements : je n'avais pas compris la cotation de critère avant de vous rencontrer, je lui mets 2 car elle se lève toute seule et se tient aux meubles en marchant. Elle a eu un problème lorsqu'on lui a mis le pacemaker, il y a eu des complications et à cette époque là, elle ne savait plus se lever seule et son mari l'aidait dans ses déplacements. En fait, elle avait peur de bouger, peur d'une nouvelle complication. Je considère que ma cotation de 3 était justifiée à cette époque.

Aller à la toilette : elle va seule aux toilettes, se déshabille, s'essuye et se rhabille. Donc, je lui mets 1. Pour la période où elle a eu les complications de son pacemaker, son époux devait l'essuyer et la conduire. Donc, la cotation de 2 était justifiée.

Manger : c'est le même cas de figure que pour les items cités ci-avant. J'avais donc mis un 2 pour cette époque et je suis d'accord qu'ensuite le score est de 1.(...) »

Lors de cette audition du 10/11/2015, Mme A. admet donc, en raison des déclarations de Mme D. et des Directives concernant la cotation des différents critères de l'échelle de Katz dont elle n'avait pas connaissance, que les cotations du SECM étaient adaptées au degré de dépendance de Mme D.

En conséquence de quoi, tous les forfaits A attestés entre le 01/01/2014 et le 05/01/2014 sont litigieux et sont repris à grief par le SECM.

Toutefois, tant la cotation du SECM que la cotation attribuée par Mme A. dans son audition du 10/11/2015 auraient permis d'attester une « T7 » entre le 01/01/2014 et le 05/01/2014 inclus.

Dès lors, le Service a procédé au calcul d'un indu différentiel comme suit :

PRESTATIONS ATTESTÉES				PRESTATIONS ATTESTABLES				INDU PAR DIFFÉRENCE
PRESTATION	MONTANT €	NOMBRE	SOMME DE MONTANT €	PRESTATION	MONTANT €	NOMBRE	SOMME DE MONTANT €	
425272	12,84	2	25,68	425110	3,92	2	7,84	11,94
				425014	2,95	2	5,90	
425670	19,17	3	57,51	425515	5,89	3	17,67	27,69
				425412	4,05	3	12,15	
TOTAUX		5	83,19			10	25,51	39,63

1.1.2. Cas E.

Dans le cas de l'assurée E., il ressort des éléments du dossier ainsi que des déclarations recueillies lors des auditions, que Mme A. a attesté pour cette patiente des honoraires forfaitaires palliatifs dit Forfaits PC et ce, en l'absence de toute réunion de coordination telle que prévue par la Nomenclature et exigée comme condition du remboursement de la prestation Forfait palliatif.

Interrogé en date du 02/07/2015, Mr M., époux de l'assurée, déclare :

« (...) »

Sur question, il est arrivé, par pure coïncidence, que le médecin rencontre l'infirmière occupée de soigner mon épouse.

(...) »

Mme A., auditionnée en date du 10/11/2015, devait également déclarer ce qui suit :

« (...) »

*Vous me demandez si je connais les démarches administratives pour les patients palliatifs ? **Je ne comprends pas votre question.***

*Vous me demandez s'il y a eu des réunions de coordination avec le médecin traitant ? Au début de sa prise en charge, il y a eu des réunions de coordination. Mais son état est resté stable alors les réunions ne se sont plus faites régulièrement. Elle est stable depuis 2012 environ. Je contacte régulièrement le médecin traitant, le Dr N., et je lui fais part de mes remarques (ajout des gouttes de CONTRAMAL ...). Il arrive également que le médecin me contacte pour éventuellement adapter le traitement. Cela fait 4 ans que je m'occupe de cette dame. Et cela fonctionne bien comme ça. **Je ne vois pas pourquoi il faudrait faire des réunions puisqu'elle est stable et qu'il y a des contacts réguliers entre son médecin traitant et nous, soit par une note écrite, soit par téléphone.***

Vous m'expliquez que dans le cadre du forfait palliatif, il doit y avoir une réunion de coordination hebdomadaire avec le médecin traitant dont le résultat doit être inscrit au dossier infirmier.

(...) »

Dans cette audition du 10/11/2015, Mme A. reconnaît donc que, concernant Mme E., il n'y a plus de réunion de coordination avec le médecin traitant depuis plusieurs années et ce, en parfaite infraction avec la réglementation.

Toutes les prestations forfait PC attestées sur la période considérée soit du 01-01-2014 au 30-06-2014 ont été retenues à grief par le Service.

Toutefois, dès lors qu'en l'absence de réunions de coordination, un forfait C pouvait tout de même être attesté, le Service a procédé au calcul d'un indu différentiel comme suit :

PRESTATIONS ATTESTEES ET INDUES				PRESTATIONS ATTESTABLES				INDU PAR DIFFÉRENCE
CODE	VALEUR €	NOMBRE	MONTANT €	CODE	VALEUR €	NOMBRE	MONTANT €	
427011	64,53	124	8001,25	425316	44,87	124	5563,88	2.437,37
427092	96,25	57	5486,25	425714	66,94	57	3815,58	1.670,67
TOTAUX			13487,5			181	9379,46	4.108,04

1.1.3. Cas F.

Dans le cas de l'assuré F., il est fait grief à Mme A. d'avoir porté en compte :

- pour la période du **01/01/14 au 04/03/14**, un honoraire forfaitaire dit forfait B code semaine 425294 et code weekend 425692 – dates d'introduction au remboursement : entre le 13/02/2014 et le 14/04/2014.
- pour la période du **05/03/2014 au 30/06/2014**, un honoraire forfaitaire dit forfait A code semaine 425272 et code weekend 425670 – dates d'introduction au remboursement : entre le 14/04/2014 et le 16/07/2014.

ainsi que le pseudocode de la 1^{ère} prestation de base (426635) et le pseudocode d'une toilette (426731) du 01/01/2014 au 30/06/2014.

Alors qu'il ressort des éléments du dossier ainsi que des déclarations concordantes tant de la fille de Mr F. que des différentes aides-soignantes intervenues auprès de ce patient et de celles de Mme A. elle-même que l'état de ce patient durant la période concernée ne pouvait justifier l'attestation de forfait A et B

Interrogée en date du 02/07/2015, Mme O., fille de Mr F., devait déclarer :

« (...)

Jusqu'en janvier 2015, mon père allait encore en bus, régulièrement, à ... mais depuis, vu les problèmes de dos, il y va moins souvent, voire plus du tout.

C'est un homme qui a toujours été fort actif.

(...)

Mon père se déplace dans la maison avec une canne et à l'extérieur, il utilise une béquille.

L'arrêt de bus est à 100 m de la maison.

Sa chambre est à l'étage et il monte doucement en se tenant à la rampe.

(...)

Mon père se lève tout seul, comme aujourd'hui quand vous êtes arrivée.

Quand l'infirmière vient, mon père est déjà levé, et l'attend dans le fauteuil qui est dans sa chambre.

Le soir, je l'aide à se déshabiller parce qu'il a un peu de difficulté avec ses tremblements.

Pour se relever d'un fauteuil ou d'une chaise, il faut qu'il ait un appui sur sa canne. C'est comme pour monter et descendre de voiture, il faut l'aider.

Pour aller à la toilette, il peut se déshabiller, s'essuyer et se rhabiller.

Depuis 2011, il porte des langes. L'infirmière avait constaté qu'il souillait son slip et son pantalon.

L'infirmière A. fournit les langes, je vous les montre.

Il s'agit de culottes absorbantes de marque ... (Suprem pants).

L'infirmière ne me donne pas de facture.

Ce lange est renouvelé tous les matins soit 1 x/24 h.

Il ne faut pas mettre de protection dans le lit pour la nuit.

(...)

C'est moi qui prépare les repas et c'est moi qui lui coupe la viande. C'est aussi moi qui lui prépare les tartines mais je pense qu'il pourrait le faire lui-même vu qu'il ne les beurre pas.

C'est moi aussi qui lui prépare les médicaments dans le semainier et je les lui donne tous les jours.

(...)

Son état s'est dégradé depuis octobre 2014 : il a réduit ses déplacements en raison des douleurs et il a un peu perdu du poids. Il est réticent pour les sorties à l'extérieur mais à l'intérieur il se déplace toujours de la même façon.

Avant ce problème de dos, son état était stable depuis +/- 2 à 3 ans. (...) »

Mme P., aide-soignante ayant travaillé pour le couple A.-Q. déclarait également en date du 20/08/2015 :

« (...)

Q. travaillait avec son épouse, A., qui est infirmière aussi et nos patients étaient à la fois des patients d'Q. et de A.

(...)

Vous me parlez de Mr F. Chez lui nous devions donner une douche tous les jours. Il était aussi bien autonome et venait nous rejoindre à la salle de bain. Je pense qu'il avait une canne mais ne suis plus certaine. Il habitait avec sa fille. De mémoire, je pense me souvenir que nous ne devions pas aller tous les jours. Pour le WE je ne sais plus.

(...) »

Mme K., aide-soignante déclarait en date du 11/03/2015 :

« (...)

Pour lui, c'était une douche 1 jour sur deux. Le WE, c'était ou le samedi, ou le dimanche. Il vivait avec sa fille. Je passais le matin, vers 9h. Quand j'arrivais il était en pyjama. J'enlevais le pyjama et le lavais dans la douche, je l'essuyais, lui mettais un « pants » et je l'habillais. Le soir, je ne repassais pas. Il marchait sans difficulté mais avec lenteur. Il sortait parfois de la maison. Il pouvait aller en bus à ... Régulièrement, il me disait qu'il allait au marché de Il aimait ça.

(...) »

Mme R., aide-soignante déclarait en date du 22/05/2015 :

« (...)

Je travaillais seule pour Q. et A. Quand je dis seule, cela veut dire que pour effectuer la tournée et le passage chez les patients, j'étais seule. En réalité, je passais pour des patients de l'un et de l'autre.

(...)

Ensuite, nous allions chez Mr F. C'était pour une douche tous les jours et rien d'autre. Je ne sais pas de quoi il souffrait. Il vivait avec sa fille et était tout à fait autonome pour tout, à tel point que je ne sais pas pourquoi je devais donner la douche. Il montait bien les escaliers mais lentement, la salle de bain était à l'étage de même que sa chambre. Il cachait des boîtes de bières derrière sa porte. Quand nous allions, sa fille était toujours là. Elle préparait le déjeuner et les médicaments. Du moins je suppose parce que je n'ai jamais dû lui donner ses médicaments, ni d'ailleurs faire autre chose que donner la douche. Puisqu'il ne fallait rien faire, ni Q., ni A. ne repassait. Il n'y avait pas de cahier non plus. Si tout allait bien, nous en avions pour 1/4h. Quand nous avons fini de le laver, il prenait le bus et allait au ... de ...

(...) »

Mme L., aide-soignante déclarait en date du 19/08/2015 :

« (...)

J'allais chez Mr F. à ... Il commençait à avoir des pertes d'équilibre et il fallait l'aider à prendre sa douche. Il marchait avec une canne. Le soir, je repassais pour mettre le pyjama. Il avait une douche tous les jours. Sauf s'il avait une prise de sang ou un vaccin, ni Q. ni A. ne repassait chez Mr F.

(...) »

Mme A., entendue en date du 10/11/2015 devait confirmer ces différentes déclarations :

« (...) »

Vous me demandez ce que je pense de ces déclarations ? Je suis d'accord avec la déclaration de la fille, son état s'est dégradé fin 2014. C'est vrai qu'il se lève tout seul mais il a toujours marché avec une canne, maintenant il a un rollator et il sort de moins en moins, voire plus du tout. Concernant la continence, il souffre de la prostate. Il porte un linge culotte la journée et la nuit. Chaque matin, le linge est humide, parfois il pèse très lourd. Le soir, il ne veut pas toujours changer de linge même s'il est légèrement mouillé. Quand il va aux toilettes, il sait baisser son linge, mais il s'essuie mal quand il va à selles, il y a des petites traces dans le linge. Il n'est pas incontinent pour les selles.

Sur base de ces déclarations et des Directives pour l'utilisation de l'échelle d'évaluation, nous refaisons ensemble l'échelle de Katz, à dater du 01/11/2013 et jusqu'au 30/11/2014.

	Scores Mme A.		Scores SECM + Mme A. (audition du 10/11/2015)
	01/01/14	05/03/14	
Se laver	4	4	4
S'habiller	4	4	4
Transferts et déplacements	3	2	2
Aller à la toilette	3	3	2
Continence	4	4	2
manger	2	2	2
FORFAIT/TOILETTES	FB	FA	T7

Nous justifions les changements de cotations :

Transfert et déplacements : je mets 2, maintenant que je sais ce qu'est le transfert

Aller à la toilette : je mets 2 car il a des difficultés pour s'essuyer quand il va à selles. J'ai compris la différence entre « et » ou « ou »

Continence : je mets aussi 2 car il est incontinent complet de nuit et accidentel de jour. J'avais mis 3 car j'ai vu que le 3 correspondait à une incontinence pour les urines.

En résumé, je suis d'accord avec la cotation établie ensemble. Je la comprends très bien, pas de souci. Je suis surprise de voir que cela ne donne qu'une toilette.

(...) »

Tant la cotation du SECM que la cotation de Mme A. dans son audition du 10/11/2015 permettent d'attester une « T7 » entre le 01/01/2014 et le 30/06/2014.

Mme A., lors de son audition du 10/11/2015, s'est déclarée d'accord avec la cotation établie avec le Service même si elle s'est montrée surprise que cela n'aboutisse qu'à une « T7 ».

En conclusion, le grief a été formulé pour toutes les prestations forfaits A et forfaits B attestées entre le 01/01/2014 et le 30/06/2014.

Toutefois, dès lors que Mme A. aurait pu attester pour cette période une « T7 » et une première prestation de base, le Service a procédé au calcul d'un indu différentiel comme suit :

PRESTATIONS ATTESTEES ET INDUES				PRESTATIONS ATTESTABLES				INDU PAR DIFFERENCE
CODE	VALEUR €	NOMBRE	MONTANT €	CODE	VALEUR €	NOMBRE	MONTANT €	
425294	32,73 €	44	1.440,12 €	425110	5,22 €	44	229,68 €	1.048,52
				425014	3,68 €	44	161,92 €	
425692	48,72 €	19	925,68 €	425515	7,85 €	19	149,15 €	678,68
				425412	5,15 €	19	97,85 €	
425272	16,86 €	80	1.348,80 €	425110	5,22 €	80	417,60 €	636,80
				425014	3,68 €	80	294,40 €	
425670	25,30 €	38	961,40 €	425515	7,85 €	38	298,30 €	467,40
				425412	5,15 €	38	195,70 €	
TOTAUX			4.676,00 €				1.844,60 €	2.831,40 €

1.1.4. Cas G.

Dans le cas de cette assurée, il est fait grief à Mme A. d'avoir attesté entre le 01/01/2014 et le 30/06/2014 (dates d'introduction au remboursement du 06/02/2014 au 07/07/2014) des honoraires forfaitaires dit forfaits B code semaine 425294 et code weekend 425692 ainsi que le pseudocode de la 1ère prestation de base (426635), le pseudocode de la deuxième prestation de base (426650) et le pseudocode d'un soin d'hygiène (426731).

En effet, il ressort des déclarations recueillies lors de l'enquête que l'état de cette patiente en ce qui concerne le degré de dépendance, durant la période litigieuse, ne pouvait justifier l'attestation d'un forfait B mais seulement d'une T7.

Mme K., aide-soignante devait déclarer en date du 04/11/2014 :

« (...) »

*Ensuite, nous allions chez G. dans les appartements près du stade de ... Je ne connais plus son nom. Nous lui donnions les médicaments préparés par A. et nous lui mettions un patch de Durogésic. Nous préparions aussi son aérosol. **Nous ne l'avons jamais lavée. Elle était encore coquette. Elle n'avait pas d'incontinence. Elle se déplaçait sans problème. Je pense qu'elle commençait à avoir des problèmes de mémoire et peut-être un début de démence. Chez cette dame, je ne passais qu'une fois par jour, je n'y suis jamais allée plus et n'ai jamais dû faire autre chose.***

(...) »

Réinterrogée en date du 11/03/2015, elle déclarait également:

« (...) »

Madame G., en face du terrain de foot de ...

*Il fallait lui donner ses médicaments, lui mettre son patch de Durogésic (je pense) et préparer son aérosol. Les médicaments étaient préparés dans le semainier. Parfois, ce n'était pas prêt et il fallait les prendre dans les boîtes de médicaments. Je lui donnais un verre d'eau et retirait la feuille du calendrier. Elle habitait seule mais sa belle-fille, je pense, ou quelqu'un d'autre qui s'en occupait habitait dans le même building. **Il n'y avait pas de cahier infirmier. Je ne faisais rien d'autre, pas de toilette ; elle n'était pas incontinente. Elle se déplaçait seule. Elle était encore bien mais elle oubliait beaucoup.**(...) »*

En date du 22/05/2015, Mme R., aide-soignante, déclarait:

« (...)

*G. qui habitait en face du terrain de foot à Il fallait aller lui mettre un patch et lui donner ses médicaments. Elle était désorientée mais sa belle sœur habitait dans le bâtiment à côté et s'en occupait point de vue courses et repas. **A part sa désorientation, elle était tout à fait autonome. Pas d'incontinence.** Les médicaments étaient dans un semainier qui était préparé par A. une fois par semaine. **Il n'y avait pas de toilette à faire mais, une fois, en insistant bien je suis arrivée à lui faire son dos. Sinon, elle se lavait seule mais ce n'était pas top.** Il n'y avait pas de cahier infirmier, quand on y allait, on était seule.*

(...) »

En date du 19/08/2015, Mme L., aide-soignante, déclarait :

«(...)

Je passais chez G. à ..., près de ... Elle souffrait d'une démence. Je devais lui donner une douche tous les jours du moins, à force de persuasion, j'y suis parvenue sur la fin, en 2015, parce qu'elle non plus n'était pas d'accord. Je repassais au soir pour mettre la chemise de nuit et faire un aérosol (que A. avait préparé le matin). A. repassait après moi le matin pour donner les médicaments, faire un aérosol et préparer l'aérosol du soir. Quand je la lavais, j'étais toujours seule. Chez elle, je restais de 20 à 30 min.

(...)»

En date du 10/11/2015, Mme A. déclarait :

« (...)

c'est une dame qui a la maladie d'Alzheimer, qui ne se souvient de rien. Elle ne sait pas dire qui est passé. Je lui fais plusieurs aérosols par jour, je lui prépare ses médicaments. Je l'ai toujours connue comme ça. Elle habite dans le même immeuble que sa belle-fille. Elle a l'air bien, mais elle ne se rappelle même pas quand je suis passée le matin. Je lui mets des grosses protections. Je passe 2 à 3 fois par jour.

(...)

Je suis étonnée et je me rends compte que certains soins n'étaient pas spécialement faits. J'avais bien donné ordre de faire la toilette de G. le matin, changer la protection pour les urines et faire un aérosol. Le soir, il fallait repasser pour vérifier la protection et faire un aérosol d'office.

Sur base des déclarations et des Directives pour l'utilisation de l'échelle d'évaluation, nous refaisons ensemble l'échelle de Katz, à dater du 01/11/2013.

	Scores Mme A. 2014	Scores SECM + Mme A. (audition du 10/11/2015)
Se laver	4	4
S'habiller	4	4
Transferts et déplacements	3	2
Aller à la toilette	3	2
Continence	4	2
manger	1	2
FORFAIT/TOILETTES	FB	T7

Nous justifions les changements de cotations :

Transfert et déplacements : elle sait se lever seule, elle se déplace dans sa maison en s'appuyant sur les meubles ou les murs, alors je mets 2.

Aller à la toilette : même si elle s'essuie seule, il faut absolument la laver pour qu'elle soit propre. Donc, elle s'essuie mal ou pas du tout. Je mets donc aussi un 2.

Contenance : elle est incontinente la nuit, je retiens la même chose que Mr F., donc je mets 2.

Manger : il faut vérifier qu'elle mange, elle a besoin d'une aide préalable.

En résumé, je suis d'accord avec la cotation établie ensemble. Je n'avais pas compris les items sur le formulaire de la demande d'échelle de Katz.

(...) »

Tant la cotation du SECM que la cotation de Mme A. dans son audition du 10/11/2015 permettent d'attester une « T7 » avec deux prestations de base, entre le 01/01/2014 et le 30/06/2014.

Lors de son audition du 10/11/2015, Mme A. se déclare donc d'accord avec la cotation établie avec le Service. Elle précise ne pas avoir compris les items sur le formulaire de la demande d'échelle de Katz.

En conséquence, tous les forfaits B attestés durant cette période entre le 01/01/2014 et le 30/06/2014 sont litigieux et sont repris à grief par le SECM.

Toutefois dès lors que durant cette période, Mme A. aurait pu attester une T7, le Service a procédé au calcul d'un indu différentiel.

PRESTATIONS ATTESTEES ET INDUES				PRESTATIONS ATTESTABLES				INDU DIFFÉRENTIEL
CODE	VALEUR	NOMBRE	MONTANT €	CODE	VALEUR	NOMBRE	MONTANT €	
425294	32,73	114	3.731,22	425110	5,22 €	114	595,08 €	2.297,10
				425014	3,68 €		419,52 €	
				425036	3,68 €		419,52 €	
425692	48,72	52	2.533,44	425515	7,85 €	52	408,20 €	1.589,64
				425412	5,15 €		267,80 €	
				425434	5,15 €		267,80 €	
TOTAUX			6.264,66				2.377,92 €	3.886,74

1.1.5. Position et justification de portée générale de Mme A. pour le grief 1

Le Service s'en réfère à une déclaration de Mme A. du 10/11/2015 qui témoigne à suffisance de l'état de sa connaissance de la réglementation applicable.

« (...) »

Vous me demandez si je connais les Directives pour l'utilisation de l'échelle d'évaluation. Je ne comprends pas bien votre question. Vous me les montrez. Je ne les connais pas.

Vous m'en remettez un exemplaire.

Vous me demandez ce qu'est un transfert ? Je vous réponds que c'est d'aller d'un point à un autre. Vous me dites que c'est le déplacement mais que le transfert implique un changement de position, d'assis à debout, de coucher à debout. Je ne savais pas. Maintenant, je ne l'oublierai plus.

Vous m'expliquez aussi les critères « aller à la toilette », « continence ».

(...) »

1.2. 2^{ème} GRIEF

Le grief se fonde sur l'analyse des données authentifiées transmises et authentifiées par les différents organismes assureurs conformément au prescrit de l'article 138 de la loi ASSI, l'analyse des dossiers infirmiers établis entre le 01/01/2013 et le 31/12/2014 transmis par Mme A. lors de son audition du 18/09/2015, les déclarations de bénéficiaires ou de tiers privilégiés ainsi que sur les aveux de Mme A., elle-même.

Pour les 7 assurés concernés par ce grief, l'analyse des dossiers infirmiers de Mme A. a montré que leur contenu ne correspondait pas à ce qu'en exige la nomenclature

1.2.1. Remarque générale

Bien que le manque de tenue des dossiers infirmiers soit constant, le SECM n'a repris à grief que la période du mois de décembre 2013 et ce à titre d'exemple.

Ci-après, et pour chaque assuré, le SECM a scanné partiellement la feuille du dossier infirmier correspondant au mois de décembre 2013.

1.2.2. Cas H.

Les prestations litigieuses sont reprises par le chiffre »2 « aux pages 1 et 2 du document E/..., dans la colonne grief « NC/D » .

Il s'agit d'un honoraire forfaitaire dit Forfait B code semaine 425294 et code weekend 425692, du pseudocode de la 1^{ère} prestation de base (426635), du pseudocode de la 2^{ème} prestation de base (426650) et de deux fois le pseudocode de la toilette (426731 x 2) portés en compte du 01/12/2013 au 31/12/2013. Ces prestations ont été introduites au remboursement en date du 21/01/2014.

Pour le mois de novembre, le dossier infirmier mentionne :

Tableau anonymisé.

Conformément à l'article 8 § 4 de la NPS, le dossier infirmier aurait dû contenir l'identité du dispensateur de soins qui a effectué la toilette et les éléments concernant la planification et l'évaluation des soins auraient dû apparaître au moins toutes les deux semaines.

Par conséquent, conformément à l'article 8 §3, 5°, le SECM retient à grief toutes les prestations attestées durant la période du 01/12/2013 au 31/12/2013.

PRESTATION	VALEUR	NOMBRE	INDU
425294	29,28	8	234,24
425692	43,47	5	217,35
TOTAUX		13	451,59

1.2.3. Cas D.

Les prestations litigieuses sont mentionnées par le chiffre «2 » dans la colonne grief « NC/D » du tableau repris aux pages 2 à 4 du document E/...

Il s'agit d'un honoraire forfaitaire dit Forfait A code semaine 425272 et code weekend 425670 et du pseudocode de la toilette (426731) portés en compte du 01/12/2013 au 31/12/2013. Ces prestations ont été introduites au remboursement en date du 31/01/2014.

Pour le mois de décembre 2013, le dossier infirmier mentionne ::

Tableau anonymisé.

Conformément à l'article 8 §4 de la NPS, le dossier infirmier aurait dû contenir l'identité du dispensateur de soins qui a effectué la toilette et les éléments concernant la planification et l'évaluation des soins auraient dû apparaître au moins toutes les deux semaines.

Par conséquent, conformément à l'article 8 §3,5°, le SECM retient à grief toutes les prestations attestées du 01/12/2013 au 31/12/2013.

PRESTATION	VALEUR	NOMBRE	MONTANT
425272	12,66	21	265,86
425670	18,9	10	189
TOTAUX		31	454,86

1.2.4. Cas E.

Les prestations litigieuses sont mentionnées par le chiffre « 2 » dans la colonne grief « NC/D » du tableau repris aux pages 14 à 18 du document E/.....

Il s'agit d'un honoraire forfaitaire dit Forfait PC code semaine 427011 et code weekend 427092, le pseudocode de la 1ère prestation de base (426635), le pseudocode de la 2ème prestation de base (426650) et le pseudocode de la toilette (426731) portés en compte du 01/12/2013 au 31/12/2013. Ces prestations ont été introduites au remboursement en date du 06/01/2014.

Pour le mois de décembre 2013, le dossier infirmier mentionne :

Tableau anonymisé.

Conformément à l'article 8 §4 de la NPS, le dossier infirmier aurait dû contenir l'identité du dispensateur de soins qui a effectué la toilette et les éléments concernant la planification et l'évaluation des soins auraient dû apparaître au moins toutes les deux semaines ainsi que le résultat des réunions de coordination avec le médecin traitant conformément au §5bis du même article 8 de la NPS.

Par conséquent, conformément à l'article 8 §3,5°, le SECM retient à grief toutes les prestations attestées du 01/12/2013 au 31/12/2013.

PRESTATION	VALEUR	NOMBRE	MONTANT
427011	63,65	21	1.336,65 €
427092	94,94	10	949,40 €
TOTAUX		31	2.286,05 €

1.2.5. I

Les prestations litigieuses sont mentionnées par le chiffre « 2 » dans la colonne grief «NC/D » du tableau repris aux pages 48 à 50 du document E/....

Il s'agit d'un honoraire forfaitaire dit Forfait B code semaine 425294 et code weekend 425692, du pseudocode de la 1ère prestation de base (426635) et du pseudocode de la toilette (426731) portés en compte du 01/12/2013 au 31/12/2013. Ces prestations ont été introduites au remboursement en date du 06/01/2014.

Pour le mois de décembre 2013, le dossier infirmier mentionne :

Tableau anonymisé.

Conformément à l'article 8 § 4 de la NPS, le dossier infirmier aurait dû contenir l'identité du dispensateur de soins qui a effectué la toilette et les éléments concernant la planification et l'évaluation des soins auraient dû apparaître au moins toutes les deux semaines.

Par conséquent, conformément à l'article 8§3,5°, le SECM retient à grief toutes les prestations attestées du 01/12/2013 au 31/12/2013.

PRESTATION	VALEUR	NOMBRE	MONTANT
425272	16,64	21	349,44
425670	24,96	10	249,6
TOTAUX		31	599,04

1.2.6. E.

Les prestations litigieuses sont mentionnées par le chiffre « 2 » dans la colonne grief « NC/D » du tableau repris aux pages 50 à 52 du document E/...

Il s'agit d'un honoraire forfaitaire dit Forfait B code semaine 425294 et code weekend 425692, du pseudocode de la 1ère prestation de base (426635) et du pseudocode de la toilette (426731) portés en compte du 01/12/2013 au 31/12/2013. Ces prestations ont été introduites au remboursement en date du 21/01/2014.

Pour le mois de décembre 2013, le dossier infirmier mentionne :

Tableau anonymisé.

Conformément à l'article 8 §4 de la NPS, le dossier infirmier aurait dû contenir l'identité du dispensateur de soins qui a effectué la toilette et les éléments concernant la planification et l'évaluation des soins auraient dû apparaître au moins toutes les deux semaines.

Par conséquent, conformément à l'article 8 §3,5°, le SECM retient à grief toutes les prestations attestées du 01/12/2013 au 31/12/2013.

PRESTATION	VALEUR	NOMBRE	MONTANT
425294	32,29	21	678,09
425692	48,06	10	480,6
TOTAUX		31	1158,69

1.2.7. Cas G.

Les prestations litigieuses sont mentionnées par le chiffre « 2 » dans la colonne grief «NC/D » du tableau repris aux pages 64 à 67 du document E/...

Il s'agit d'un honoraire forfaitaire dit Forfait B code semaine 425294 et code weekend 425692, du pseudocode de la 1ère prestation de base (426635), du pseudocode de la 2ème prestation de base (426650) et du pseudocode de la toilette (426731) portées en compte du 01/12/2013 au 31/12/2013. Ces prestations ont été introduites au remboursement en date du 06/01/2014.

Pour le mois de décembre 2013, le dossier infirmier mentionne :

Tableau anonymisé.

Conformément à l'article 8 §4 de la NPS, le dossier infirmier aurait dû contenir l'identité du dispensateur de soins qui a effectué la toilette et les éléments concernant la planification et l'évaluation des soins auraient dû apparaître au moins toutes les deux semaines.

Par conséquent, conformément à l'article 8§3,5°, le SECM retient à grief toutes les prestations attestées du 01/12/2013 au 31/12/2013.

PRESTATION	VALEUR	NOMBRE	MONTANT
425294	32,29	21	678,09
425692	48,06	10	480,6
TOTAUX		31	1.158,69 €

1.2.8. Cas J.

Les prestations litigieuses sont mentionnées par le chiffre »2 » dans la colonne grief «NC/D » du tableau repris aux pages 85 à 89 du document E/...

Il s'agit d' un honoraire forfaitaire dit Forfait C code semaine 425316 et code weekend 425714, du pseudocode de la 1ère prestation de base (426635), du pseudocode de la 2ème prestation de base (426650), de deux fois le pseudocode de la toilette (426731), de deux fois le pseudocode de l'administration de médicaments par voie IM, SC ou Hypodermique (426753) et du code et un honoraire forfaitaire pour les prestations dispensées aux patients diabétiques en semaine 423135 et les weekends 423334 portés en compte du 01/12/2013 au 31/12/2013. Ces prestations ont été introduites au remboursement en date du 17/01/2014.

Pour le mois de décembre 2013, le dossier infirmier mentionne :

Tableau anonymisé.

Conformément à l'article 8 §4 de la NPS, le dossier infirmier aurait dû contenir l'identité du dispensateur de soins qui a effectué la toilette et les éléments concernant la planification et l'évaluation des soins auraient dû apparaître au moins toutes les deux semaines, de plus, dans le cadre des prestations 423135 et 423334, conformément au §5ter, 4°, un dossier spécifique pour patient diabétique aurait dû être tenu avec anamnèse infirmière standardisée, problèmes infirmiers et/ou diagnostics infirmiers, planning concret des soins, y compris le programme éducatif prescrit.

Par conséquent, conformément à l'article 8§3,5°, le SECM retient à grief toutes les prestations attestées du 01/12/2013 au 31/12/2013.

PRESTATION	VALEUR	NOMBRE	MONTANT
423231	0,31	21	6,51
423334	0,31	10	3,1
425316	44,26	21	929,46
425714	66,03	10	660,3
TOTAUX		62	1.599,37

1.2.9. Conclusion du Service concernant ce grief

Vu les déclarations de Mme A. en date du 18/09/2015 (1) et du 10/11/2015 (2) qui reconnaît que le contenu des dossiers infirmiers des assurés concernés ne correspond pas à ce qui est prévu dans la nomenclature, vu l'article 8§3 5° de la NPS qui stipule qu'aucun honoraire n'est dû si le contenu minimal décrit au § 4, 2° de cet article n'est pas mentionné dans ce dossier, le

SECM estime que le grief est fondé pour toutes les prestations attestées sur le mois de décembre 2013 au nom des 7 assurés repris ci-dessus.

(1) Lors de son audition du 18/09/2015, Madame A. déclare ce qui suit :

« (...) Sur question, mon compagnon et moi n'avons aucun dossier informatisé. Tous nos dossiers sont sous forme papier.

Sur question, depuis janvier 2013, tous mes patients ont un dossier ici à mon domicile.

Il en est de même pour mon compagnon.

Chez certains patients, il y a encore des cahiers à domicile pour noter la glycémie...

Je complète mes dossiers tous les 8 – 10 jours sauf quand il y a quelque chose de particulier telle qu'une hospitalisation.

Vous me dites que vous emportez le contenu des dossiers 2013 – 2014 et que je ne détiens rien de plus que ce que je vous remets pour ces 2 années.

(...) »

(2) En date du 10/11/2015, Mme A. déclarait également :

« (...)

Lors de la précédente audition, à mon domicile, vous avez emporté des dossiers. Je confirme, comme je l'avais fait à ce moment, que je vous ai remis le dossier infirmier dans son entièreté : je n'ai rien d'autre.

En particulier pour Mme J., je n'ai rien d'autre comme dossier.

Vous me montrez le dossier de Mme J. Vous me faites remarquer que vous ne pouvez dire qui a effectué les soins, vous ne pouvez dire l'année des soins, seul le mois est noté. Vous me faites remarquer qu'il est écrit à la date du 27/01/2014, j'ai noté « soir hypo 64 resucré + repas, insuline du soir pas faite ». Or dans la feuille de soins, à la date du 27/01/2014, j'ai paraphé l'insuline du soir. Vous attirez mon attention sur le fait que non seulement il y a lieu de respecter la réglementation et que d'autre part pourrait se poser éventuellement un problème médico-légal en cas d'incident.

Vous me remettez l'infobox pour la réglementation de soins infirmiers à domicile.

Vous me demandez si je connais le contenu minimal du dossier infirmier tel qu'il est décrit dans la nomenclature.

Vous m'expliquez ce que doit comprendre un dossier infirmier et en particulier que la personne qui a presté le soin doit pouvoir être identifiée.

Nous reprenons les dossiers de patients que vous avez emportés le 18/09/2015 lors de la précédente audition. Ce sont les dossiers des patients dont nous n'avons pas encore discuté ci-avant.

H. ...

I. ...

J'admets que le contenu ne correspond pas à ce qui est prévu dans la nomenclature en particulier, le prestataire n'est pas identifiable.

Vous me demandez si je souhaite que l'on revoie les dossiers pour les assurés dont nous avons discuté en détail dans le début de cette audition mais je vous réponds que non.

Le contenu de leur dossier vous a été remis le 18/09/2015, il est semblable à ceux d'H. et de I.

La remarque quant aux dossiers est valable pour ces derniers dossiers mais aussi pour ceux des assurés dont nous avons discuté depuis le début de cette audition.(...) »

1.3. 3^{ème} GRIEF

Le grief se fonde sur l'analyse des données informatisées transmises et authentifiées par les OA conformément au prescrit de l'article 138 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet, l'analyse des horaires des collaboratrices salariées au départ des comptes individuels de prestations fournis par ..., les auditions des aides-soignantes ayant travaillé pour Mme A. entre le 01/01/2014 et le 30/06/2014 : K. et L. mais aussi de R., aide-soignante engagée sous contrat par Mr Q., compagnon de Mme A. et qui déclare avoir travaillé aussi bien pour Mme A. que pour Mr Q., les déclarations des bénéficiaires ou de leurs proches décrivant le rôle actif des aides-soignantes dans la dispensation des soins d'hygiène ainsi que sur les déclarations de Mme A. et de son compagnon, Mr Q.

1.3.1. Les déclaration du personnel soignant - Aides-soignantes ayant travaillé pour Mme A.

En date du 14/11/2014, Mme K. déclare :

« De mai 2013 à février 2014, j'ai travaillé pour A. J' ai travaillé pour elle en contrat à durée déterminée de mai à septembre 2013 ensuite j'ai signé un CDI.

(...)

Avant le mois d'août 2013, je gérais seule la patientèle lorsqu'ils partaient en vacances (ex : 2 semaines en ... en juillet 2013, 1 semaine en août 2013(...)) Ils me disaient de les appeler si j'avais une question ou un problème par rapport aux soins puisque j'étais, à ce moment, la seule personne qui travaillait pour eux et qu'il n'y avait aucune infirmière à disposition pour m'aider. Ainsi, je me souviens d'une patiente alitée avec gavage, le mari, Mr T. à ... enclenchait la connexion pour le gavage goutte à goutte et moi je faisais le pansement de l'orifice à la peau à hauteur du nombril, par où passait la sonde de gavage. (...)

A partir d'août 2013, il y a une autre aide-soignante qui est venue travailler pour Q. Il s'agit de R.. (...) Elle avait un contrat avec Q. et moi avec A. mais nous faisons la même chose toutes les deux. Nous nous remplaçons l'une l'autre, quand l'une travaillait, l'autre était au repos.

(...)

Nous avons, pour le travail, un gsm et une voiture. Ceux-ci étaient remis à R. ou à moi en fonction de celle qui travaillait.

S'il y avait une modification dans la tournée, A. ou Q. nous en prévenait par GSM. Les écrits étaient rares.

(...)

Après, j'allais à ... pour donner une douche à un autre patient. Il avait une douche un jour sur deux. (...) Il habitait avec sa fille. On ne passait qu'une fois tous les deux jours, jamais le soir et il gardait ses langes-culottes deux jours. Il marchait, sans tribune, sans canne et il savait aller seul à la toilette sans être vraiment très propre. Pour la nourriture, je ne sais pas parce que je n'ai jamais pu voir comment il se débrouillait.

(...)

Ensuite j'allais chez M. dont je vous ai parlé avant. Sa femme était alitée avec gavage. On faisait la toilette complète au lit et on disposait les éléments pour que le mari puisse mettre facilement le gavage

en route seul. On mettait en route l'aérosol. J'y allais deux fois par jour ou plus si elle avait souillé son lit. Le soir on lui faisait encore une toilette intime. Je ne donnais pas les médicaments. Je ne sais pas si A. passait quand elle n'était pas en vacances ou si c'était le mari qui les lui donnait.

(...)

Ensuite, nous allions chez G. dans les appartements près du stade de ... Je ne connais plus son nom. Nous lui donnions les médicaments préparés par A. et nous lui mettions un patch de Durogésic. Nous préparions aussi son aérosol. Nous ne l'avons jamais lavée. Elle était encore coquette. Elle n'avait pas d'incontinence. Elle se déplaçait sans problème. Je pense qu'elle commençait à avoir des problèmes de mémoire et peut-être un début de démence. Chez cette dame, je ne passais qu'une fois par jour, je n'y suis jamais allée plus et n'ai jamais dû faire autre chose.

Ensuite, nous allions chez J. ou du moins chez la mère de J. parce que je pense que J. était le prénom de la fille qui habitait avec elle. Pour elle c'était une douche tous les jours y compris samedi, dimanche et jours fériés, plus glycémie et insuline au matin et au soir. Nous sommes un peu allées à midi mais seulement le temps que sa fille se fasse opérer soit une bonne semaine. Elle était incontinente. Le soir on rafraîchissait un peu la toilette plus mettre le linge et la robe de nuit. Elle marchait mais était complètement incohérente. Elle habitait dans la même rue que l'... derrière le ... Je ne sais pas si c'est ... ou encore ... Il n'y avait rien d'autre à faire chez elle.

(...)

Tous les soins que j'ai donnés je les ai toujours effectués seule sans qu'aucun infirmier soit présent. C'est seulement pendant un jour ou deux, quand j'ai commencé, que U., la précédente aide-soignante m'a montré les soins en passant avec moi chez les patients et un jour ou deux ; quand R. a commencé j'ai fait la même chose. «

En date du 22/05/2015, Mme R. déclare :

« (...)

Je travaillais seule pour Q. et A. Quand je dis seule, cela veut dire que pour effectuer la tournée et le passage chez les patients, j'étais seule. En réalité, je passais pour des patients de l'un et de l'autre.

(...)

Ensuite, nous allions chez Mr F. C'était pour une douche tous les jours et rien d'autre. Je ne sais pas de quoi il souffrait. Il vivait avec sa fille et était tout à fait autonome pour tout, à tel point que je ne sais pas pourquoi je devais donner la douche. Il montait bien les escaliers mais lentement, la salle de bain était à l'étage de même que sa chambre. Il cachait des boîtes de bières derrière sa porte. Quand nous allions, sa fille était toujours là. Elle préparait le déjeuner et les médicaments. Du moins je suppose parce que je n'ai jamais dû lui donner ses médicaments, ni d'ailleurs faire autre chose que donner la douche. Puisqu'il ne fallait rien faire, ni Q. ni A. ne repassait. Il n'y avait pas de cahier non plus. Si tout allait bien, nous en avions pour 1/4h. Quand nous avons fini de le laver, il prenait le bus et allait au ... de ...

(...)

Après, nous allions chez une dame à ... pour faire une toilette au lit. Elle restait en permanence dans son lit. C'est son mari qui s'occupait beaucoup d'elle. Son mari, qui s'appelait M., nous aidait à faire la toilette. J'étais seule pour la toilette mais le mari nous aidait ; il la retournait ou la tenait. Elle avait une sonde dans le nombril et était alimentée par là. Elle avait un matelas alternant. On ne bougeait pas à cette sonde, c'était le mari qui branchait l'alimentation. Les médicaments ce n'était pas moi qui les donnais, je suppose que c'était son mari. Elle avait un pansement mais je n'y ai jamais touché. On lui mettait un linge. On passait deux fois par jour, mais s'il y avait une « catastrophe » dans le linge, le mari avait notre GSM professionnel et nous appelait pour aller faire le change. Quand nous allions le matin, cela durait facilement une demi-heure ; le soir, nous la changions et faisons une toilette intime. Il n'y avait pas de cahier infirmier chez cette dame parce que le mari était là et qu'on pouvait lui communiquer immédiatement.

(...)

Ensuite, j'allais chez une **dame près du La fille s'appelait J. Elle avait un Alzheimer**, je pense. Sa fille s'occupait beaucoup d'elle. Nous donnions une douche complète tous les jours et les médicaments quand elle refusait de les prendre mais habituellement ceux-ci étaient donnés par la fille. Cela n'est arrivé, pour moi, qu'une ou deux fois où j'ai dû donner les médicaments. On passait aussi le soir pour lui mettre sa robe de nuit, la mettre à la toilette et mettre sa nouvelle protection après une toilette intime. De la journée elle avait des langes-culotte. Elle était incontinente mais se déplaçait normalement et mangeait normalement. Il n'y avait pas de cahier infirmier non plus. J'étais seule pour faire la toilette mais c'était une dame facile. Ni Q. ni A. ne devait passer après nous.

(...)

Il y avait encore une patiente : **G. qui habitait en face du terrain de foot à** Il fallait aller lui mettre un patch et lui donner ses médicaments. Elle était désorientée mais sa belle sœur habitait dans le bâtiment à côté et s'en occupait point de vue courses et repas. A part sa désorientation, elle était tout à fait autonome. Pas d'incontinence. Les médicaments étaient dans un semainier qui était préparé par A. une fois par semaine. Il n'y avait pas de toilette à faire mais, une fois, en insistant bien je suis arrivée à lui faire son dos. Sinon, elle se lavait seule mais ce n'était pas top. Il n'y avait pas de cahier infirmier, quand on y allait, on était seule.

(...) »

En date du 19/08/2015, L. déclare :

« Le 1^{er} mars 2014, j'ai commencé à travailler pour A., qui est infirmière indépendante à domicile, et avec qui j'ai eu, depuis, plusieurs contrats à durée déterminée. J'y travaille d'ailleurs toujours pour le moment mais mon contrat se termine le 1^{er} septembre de cette année et il ne sera pas renouvelé parce que je suis enceinte de 4 mois et que je suis déjà écartée depuis le 1^{er} juillet 2015.

Dès le début, j'ai été prise à $\frac{3}{4}$ temps soit, je pense, 30h par semaine, comme c'est encore le cas actuellement.

(...)

De mémoire, je pense qu'il y en a eu 4 ou 5.

A partir de décembre 2014, j'ai eu des CDD avec A. et son conjoint Q. C'était 15h/semaine pour chacun (soit 30h au total) mais, en réalité, le travail que je faisais était strictement le même qu'auparavant. Eux-mêmes, passent chez tous les patients sans distinction ; ils n'ont pas une patientèle différente l'un de l'autre.

Au début, je travaillais avec une autre aide-soignante qui s'appelait R. dont je ne connais pas son nom de famille. Nous n'étions que deux aides-soignantes à travailler pour A. et Q. R. a encore travaillé, de mémoire, quelques mois après mon arrivée. Quand mes patrons partaient en vacances, il y avait une infirmière pour les remplacer. Je me souviens du prénom de l'une d'entre elles : T. mais il y en a eu d'autres. Je n'ai pas retenu leur nom ni leur prénom parce que les contacts que j'avais avec elles n'étaient pas nombreux. Par exemple quand un patient diabétique n'était pas bien ou quand un patient faisait une chute je faisais appel à l'infirmière qui les remplaçait.

Sur question, je ne me rappelle plus quand ils ont pris leurs vacances en 2014 mais comme ils ont deux enfants, je pense que c'était en juillet ou août. Cette année, ils sont partis en vacances durant le mois d'août.

Après le départ de R., quand j'étais absente pour maladie ou pour congé, c'était mes patrons qui me remplaçaient.

Avant le départ de R., nous nous remplaçons l'une l'autre. Nos patrons avaient un petit peu plus de congé que quand j'étais seule à travailler pour eux.

Lorsque je suis entrée à leur service, ils m'ont tout écrit sur une feuille et pendant 1 jour ou deux, R. et eux ont fait la tournée avec moi pour me mettre au courant du travail à effectuer.

Je commençais la tournée à 7h jusque 12h et de 6h à 7h le soir.

Quand il y avait un changement dans la tournée, mes patrons me le communiquaient sur mon GSM personnel. Il n'y avait pas de GSM de fonction. Avec R., nous nous faisons un rapport entre nous pour expliquer ce qui s'était passé quand nous avons été en récupération. C'était aussi via son GSM personnel. Il n'y avait pas de rapport écrit sauf chez certains patients où il y avait un cahier et ce n'est qu'à la fin qu'il y a eu mise en place de cahier chez un plus grand nombre de patients mais pas chez tous. Ces communications sur les patients, je les avais aussi avec mes patrons.

Au début j'avais une voiture de fonction soit, jusque le mois de mai 2014 mais ensuite, j'utilisais ma propre voiture.

Je travaillais maximum 4 ou 5 jours d'affilée et ensuite, j'avais 2 ou 3 jours de congé mais je précise que c'était un horaire à la carte. Ainsi, il arrivait régulièrement que je ne travaille qu'un jour avec un jour de récupération ensuite. Ce mode de fonctionnement était établi pour convenances personnelles : les miennes et les leurs.

Je travaillais aussi un WE sur deux.

J'avais un horaire pour un mois mais, comme ils étaient très ouverts, on pouvait le modifier suivant les besoins. Quand j'allais chercher ma fiche de paie, A. me donnait l'horaire pour le mois suivant. Quand il y avait des modifications en cours de mois, elle m'appelait et je les notais sur un agenda ou un calendrier.

Sur question je n'ai pas conservé les fiches d'horaire.

Quand j'allais chez les patients, c'était pour la toilette, la douche, les soins de bouche, préparation du petit déjeuner, prise des paramètres, courses.....Pour faire tout ça j'étais toujours seule. Je n'ai jamais fait d'acte infirmier tels que prise de sang, IM, Clexane, insuline, pansement....

(...)

Je passais chez G. à ..., près de ... Elle souffrait d'une démence. Je devais lui donner une douche tous les jours du moins, à force de persuasion, j'y suis parvenue sur la fin, en 2015, parce qu'elle non plus n'était pas d'accord. Je repassais au soir pour mettre la chemise de nuit et faire un aérosol que A. avait préparé le matin.

A. repassait après moi le matin pour donner les médicaments, faire un aérosol et préparer l'aérosol du soir. Quand je la lavais, j'étais toujours seule. Chez elle, je restais de 20 à 30 min.

A. et Q. avaient des patients chez qui je ne passais pas mais chez tous les patients chez qui je passais, j'étais absolument seule pour faire les toilettes et les autres actes.

Je passais aussi chez J. à ..., près du ... C'était une douche tous les jours et comme elle était diabétique, c'était ou Q. ou A. qui passait faire l'insuline le matin après mon passage. J'étais seule pour la laver. Je passais à midi pour la mettre sur la toilette et le soir aussi et pour lui mettre sa protection et sa chemise de nuit. Je restais aussi plus ou moins 30 min. chez elle.

Ensuite, il y avait Mme E. à ... Elle était en permanence alitée et je devais faire sa toilette. Elle avait une sonde gastrique. Soins de bouche plus laver les cheveux une fois par semaine. Je passais trois fois par jour ; à midi pour le change et le soir pour faire un soins de bouche et un change éventuel. Là aussi, j'étais seule mais A. passait 2 fois : le matin pour mettre en route l'alimentation que son mari, M., arrêta lui-même et le soir pour brancher l'eau. Chez elle je restais en moyenne 40 min.

J'allais chez Mr F. à ... Il commençait à avoir des pertes d'équilibre et il fallait l'aider à prendre sa douche. Il marchait avec une canne. Le soir, je repassais pour mettre le pyjama. Il avait une douche tous les jours. Sauf s'il avait une prise de sang ou un vaccin, ni Q. ni A. ne repassait chez Mr F.

Il y avait Mme H. chez qui les patrons faisaient glycémie et insuline et moi j'allais le matin pour voir s'il fallait l'aider à la toilette. Des fois elle était dans sa douche en haut et elle m'attendait pour que je la lave, des fois, elle ne voulait pas se laver.

Chez tous ces gens, je passais tous les jours même le samedi et le dimanche même si c'était parfois pour 5 min.

(...)

Quand une aide soignante commençait la journée chez un patient qui nécessitait plusieurs passages, c'était la même qui assurait tous les passages.

À ma connaissance, après le départ de R., j'étais seule à travailler pour Q. et A.

(...) »

1.3.2. Les déclarations des bénéficiaires

En date du 02/07/2015 les assurés ont déclaré :

1.3.2.1. Madame D.

« (...)

Madame A., infirmière vient tous les jours même le WE. Parfois c'est une remplaçante quand elle est en congé. Je ne me souviens pas des prénoms, c'est toujours des différentes.

L'infirmière me lave complètement, au lavabo et 1 ou 2 fois par semaine au bain. (...)

Parfois Madame A. fait des piqûres quand c'est nécessaire et la remplaçante aussi. C'est jamais un monsieur qui est venu.

Je ne me souviens pas des noms. Je les appelle « Madame ».

1.3.2.2. Monsieur M. époux de Madame E.

(...)

Je suis le mari de Mme E., née le 12/01/1950.

(...)

Sur question, depuis 6 ans, mon épouse est toujours alitée et est nourrie par sonde de gastrostomie.

(...)

Sur question, l'infirmière qui s'occupe de mon épouse est A., ...

(...)

Sur question, quand A. ne sait pas venir, c'est son mari Q. qui vient.

Sur question, quand ni l'un ni l'autre ne sait venir, ils envoient un remplaçant.

Comme remplaçant, j'ai eu U., une infirmière qui travaille à ..., L., une aide-soignante qui est venue principalement pendant les vacances : Pâques 2014, Carnaval 2014, une quinzaine de jours durant

juillet-août 2014, Noël ou Nouvel an, une des 2 fêtes fin 2014. Il y a également eu pendant quelques mois « T. », une infirmière. Il y a eu également une aide-soignante qui s'appelait V., son frère a été tué et depuis elle n'est plus venue.

Je ne vous ai parlé que des prénoms car je ne me souviens pas des noms de famille, je ne les ai jamais connus.

Vous me demandez si je me souviens de R. Oui, c'est une aide-soignante et maintenant elle travaille dans un home à ...

Et de K.? Oui, elle est venue quelque fois mais je n'en étais pas content.

Sur question, quand les aides-soignantes sont venues pour soigner mon épouse, elles étaient toujours seules et elles faisaient uniquement la toilette de mon épouse, rien d'autre. C'était A. qui venait quand la toilette était faite, pour brancher le gavage. Je téléphonais à A. quand la toilette était faite, alors elle arrivait pour brancher le gavage.

Sur question, je ne peux vous dire à quelle fréquence les aides-soignantes venaient seules pour faire la toilette de mon épouse, de même qu'elles venaient seules pour faire le change du soir. Mais je vous le répète, à part la toilette, les aides-soignantes n'ont jamais fait d'autres soins infirmiers à mon épouse.

Sur question, en dehors des périodes de congés, l'aide-soignante pouvait venir faire la toilette de mon épouse un jour ou deux par semaine, tant la semaine que le week-end.

Il n'y avait pas de régularité.

Par contre, pendant les périodes de congés, l'aide-soignante pouvait faire la toilette de mon épouse pendant une semaine. A chaque fois, une infirmière passait par la suite pour brancher le gavage.

Sur question, ces 2 dernières années, il n'y a jamais eu de cahier pour les infirmières. Chaque fois qu'une infirmière ou une aide-soignante est venue, elle n'a jamais rien noté ici puisqu'il n'y avait pas de cahier.

(...)

Des aides-soignantes, je vous ai donné uniquement des prénoms car je ne connais pas les noms de famille, sont venues soigner mon épouse : elles faisaient uniquement la toilette, où le change, elles n'ont jamais fait aucun soin infirmier. Elles ont toujours fait la toilette de mon épouse alors qu'elles étaient seules, une infirmière ne les a jamais aidées.(...) »

1.3.2.3. Madame W., fille de Monsieur F.

« (...)

Mon père Mr F. habite ici, avec moi, depuis 4 ans (...)

(...)

Il y a aussi une infirmière qui vient tous les jours depuis 2011. Il s'agit de A. dont le n° de GSM est ... depuis 2012 elle fait sa toilette (une douche) tous les jours, sa barbe tous les 2 jours. Elle ne fait rien d'autre sauf la prise de sang quand il doit aller voir le Dr. V.

Elle passe vers 7 h ou 7 h 15 et elle reste 10 min à ¼ h.

Elle ne passe qu'une fois par jour.

Ce n'est pas toujours A. qui passe tous les jours, il y a aussi X. qui vient. C'est depuis +/- 2 mois que X. vient mais actuellement est en congé.

Avant X., c'était L.

Vous me demandez si je connais K. et R. Je vous réponds que oui. C'était elles qui passaient avant L.

(...)

L'infirmière vient tous les jours, même le samedi, le dimanche et les jours fériés.

Chaque fois qu'elles viennent, les infirmières sont seules sauf quand il y a une nouvelle et que A. doit lui montrer les patients de la tournée.

(...) »

1.3.2.4. Madame Z., la fille de Madame J.

« (...)

Je m'occupe de maman, qui est installée ici dans la pièce à côté : Mme J., née le 23/06/36.

(...)

Sur question, comme autres soins à domicile, maman a des infirmières ; elle a été renseignée par le bouche à oreille. Il s'agit de A.. C'est la chef. Elle a une remplaçante, Y.

Au matin, maman a une toilette complète et une insuline. Elle vient entre 8h30 et 9h30. Elles reviennent entre 12 et 13 h pour changer le pampers. Elle revient le soir pour la changer, faire une petite toilette intime et l'insuline.

Sur question, l'infirmière vient chaque fois seule et je suis là pour l'aider.

(...)

Sur question, ce sont des infirmières. Il y a eu aussi L. ; sur question, vous me demandez si je connais K. : oui, elle est venue il y a 2 ans, c'est la belle-sœur de R. : elle est venue moins de 6 mois.

Sur question, R. aussi a travaillé un + plus longtemps, environ 6 mois. Elle était là quand je me suis fait opérer de la sleeve.

A. faisait l'insuline 2x/j ; les « autres » venaient seules faire la toilette le matin à 1 autre moment.

Quand 1 faisait le matin, elle venait aussi le midi et le soir.

Au moment de R. et K., elles venaient 2x/j ; c'est depuis début 2014, elles passent 3x par jour.

(...) »

1.3.3. Les déclarations de Mme A.

En date du 18/09/2015 :

« (...)

Sur question, moi, A., j'ai une employée salariée depuis mai 2013. J'en ai eu plusieurs.

Sur question, mon compagnon, Q., vous dit qu'il a aussi une employée préciser :une à la fois, il en a aussi eu plusieurs, depuis à peu près la même période. (...)

(...)

Je vous remets les originaux des contrats de travail de toutes les personnes que j'ai employées.

Vous emportez les contrats de :

- K. : 2 feuilles (01/05/2013 - 31/10/2013)
- K. : 2 feuilles (01/11/2013 – durée indéterminée)
- L. : 3 feuilles (01/03/2014 – 01/09/2014)
- L. : 3 feuilles (01/09/2014 – 01/01/2015)
- L. : 3 feuilles (01/01/2015 – 01/07/2015)
- Y. : 3 feuilles (01/07/2015 – 01/10/2015)

Vous avez chaque fois indiqué les dates de début et de fin des contrats. Mais pour celui de L. débutant le 01/01/2015, il faut lire comme date de fin 01/09/2015 et non pas 01/07/2015 comme il est indiqué.

(...)

Tant les employées de mon compagnon que les miennes, ont toutes été engagées en tant que salariées. Elles ont toutes été déclarées à ... Il n'y a eu aucune employée engagée en tant qu'indépendante, ni pour Q., ni pour moi.

(...)

Sur question, mon compagnon et moi avons engagé des aides-soignantes car nous n'avons pas trouvé d'infirmières.

Parmi tout le personnel que mon compagnon et moi avons engagé, les infirmières sont Y., T. et B'. Toutes les autres personnes engagées citées avant, sont des aides-soignantes.

(...)

Quand j'ai une nouvelle collaboratrice, elle m'accompagne pendant 2 à 3 jours maximum, pour la mettre au courant.

Puis, je rédige une feuille de tournées à ma collaboratrice, avec les noms des patients, les soins à effectuer et les heures de passage approximatives, et les adresses.

Les changements de tournées sont toujours communiqués oralement par téléphone tant de ma part que de ma collaboratrice.

Je ne note pas les changements, je retiens tout de mémoire.

(...)

Mais, je tiens à préciser, comme le confirme mon compagnon, les toilettes et petits soins étaient faits par l'aide-soignante, nous passions avant ou après le passage de l'aide-soignante pour voir son travail, pour faire les actes techniques types injection,... et pour la surveillance des malades.

Nous avons engagé des aides-soignantes sur le conseil de ... et du FOREM qui nous ont donné les informations nécessaires. C'est ... qui a fait toutes les démarches (DIMONA, ...) »

Et en date du 10/11/2015

« (...)

Dans le temps, les aides-soignants faisaient uniquement des toilettes et petits soins, soins de bouche, soin d'oreilles. Parfois, des glycémies quand les patients n'allaient pas bien.

Au début d'une tournée, j'accompagnais les aides-soignants pour leur montrer la tournée, c'était des patients chroniques et après quelques jours, elles connaissaient la tournée.

(...)

***F.** (...) On passait 2 fois par jour, les aides-soignantes aussi. (...). Les aides soignantes le lavaient aussi comme moi.*

(...)

Vous m'informez d'un autre point qui constitue une infraction à la législation : le recours à des aides soignantes.

Je ne savais pas que je ne pouvais pas utiliser des aides-soignantes. Je me suis douté qu'il y avait quelque chose quand vous m'avez auditionné le 18/09/2015. Vous insistiez sur les aides-soignantes. C'est à ce moment-là que je me suis rendue compte qu'il y avait un problème. Vous savez bien que si j'avais su que je ne pouvais pas avoir recours à des aides-soignantes, je n'en aurais pas embauché en respectant la législation sociale qui les concerne (déclaré salarié, avec contrat...).

Vous me dites que le recours aux aides-soignants n'est autorisé que dans le cadre d'équipes structurelles qui doivent disposer, entre autres critères, d'au moins 4 infirmières en permanence.

(...) »

1.3.4. Conclusion pour ce grief

Il résulte des éléments qui précèdent que Mme A. ne travaillait pas, au moment des faits litigieux, au sein d'une équipe structurelle telle qu'énoncée à l'article 8 § 12 2° de la NPS et qu'en conséquence, aucune intervention de l'assurance n'était possible pour les « activités infirmières », confiées par un infirmier et effectuées par des aides-soignants.

En conclusion, le grief doit être déclaré établi dans tous les cas d'assurés concernés par le grief.

2. INDU TOTAL ET REMBOURSEMENT

2.1. Indu total

Les griefs ont entraîné des débours indus dans le chef de l'assurance obligatoire soins de santé pour un montant de **24.809,88** euros.

Le Service constate que Mme A. n'a jamais contesté et ne conteste pas le montant de l'indu fixé par le SECM.

Le montant tel que calculé par le SECM doit donc être déclaré fondé.

Il y a lieu d'ordonner que Mme A. procède au remboursement de l'indu, en application de l'article 142, §1^{er}, 2° de la loi ASSI, soit la somme de **24.809,88** euros.

2.2. En ce qui concerne la demande de responsabilité solidaire à l'égard de Mme C. et de Mme B.

2.2.1. Les faits

Attendu qu'en l'espèce, il y a lieu de constater que Madame A. a effectivement confié la facturation des soins qu'elle dispense à la SPRL C' dont la gérante unique est Mme C. ;

Que c'est en réalité Mme B., secrétaire médicale, indépendante – personne physique - qui fait la tarification pour le groupement de sa belle-sœur, Mme C. ;

Que cette tarification était établie sur des attestations globales de soins donnés (AGSD) rédigées au nom du groupement infirmier de Mme C. (infirmière – n° INAMI : ...), sous le n° de tiers payant 9... et signées par Mme C. elle-même ;

Que les AGSD étaient établies sur base des documents internes que remettait chaque mois Mme A. à Mme B. (grille reprenant les noms et prénoms des patients, le type de soins à effectuer : insuline, injection, toilette,...), le nombre de prestations et le nom de l'infirmier au nom duquel il faut attester les soins).

Que Mme B. transmettait ces AGSD aux OA pour perception des sommes dues par l'ASSI et recevait ces sommes sur son compte personnel, pour les rétrocéder à Mme A. à concurrence de 95 %.

2.2.2. Responsabilité

Attendu que le Fonctionnaire-dirigeant est d'avis que toute responsabilité de Mme C. de Mme B. doit être écartée dans ce dossier ;

Que d'une part en effet, aucune infraction ne peut leur être imputée ;

Que l'article 2n de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 prévoit effectivement que :

« (...) sont assimilées aux dispensateurs de soins pour l'application des articles 73bis et 142, les personnes physiques ou morales qui les emploient, qui organisent la dispensation des soins ou la perception des sommes dues par l'assurance soins de santé. »

Qu'on peut effectivement soutenir que Mme B. et C. organisaient la perception des sommes dues par l'assurance au sens de l'article 2 n.

Que néanmoins, pour que cet article trouve à s'appliquer, encore faudrait-il que les infractions puissent leur être reprochées ;

Qu'il n'en n'est rien ;

Que Mme A. est seule responsable des manquements commis (surévaluation des échelles de Katz, dossiers infirmiers incomplets, soins réalisés par du personnel non qualifié) ;

Que la responsabilité solidaire de Mme B. ne peut davantage être retenue sur base de l'article 164 de la loi ASSI ;

Que cet article dispose en effet ce qui suit :

(...)

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

Qu'en l'espèce, le Service estime que le fait pour Mme B. d'avoir transmis les AGSD signées par Mme C. aux OA pour perception des sommes dues par l'assurance soins de santé et d'avoir reçu ces sommes sur son compte personnel, pour les rétrocéder à Mme A. à concurrence de 95 %, ne la rend pas solidairement responsable sur base de l'article 164 de la loi ASSI puisque cet argent n'a fait que transiter sur son compte ;

Que Mme B. a perçu ces sommes non pour son propre compte mais bien pour le compte de Mme A. ;

Qu'en ce sens, l'article 164 de la loi ASSI ne trouve pas à s'appliquer.

Que celle-ci doit être mise hors cause.

3. SUR LE PLAN DE L'AMENDE ADMINISTRATIVE

3.1. Quant au régime juridique de l'amende administrative

L'article 142 §1, 2° de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 prévoit que les dispensateurs de soins qui ne se conforment pas aux dispositions de l'article 73 bis 2° de la loi ASSI (prestations non conformes) sont tenus au remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à

charge de l'assurance soins de santé et/ou au paiement d'une amende administrative comprise entre 5 % et 150 % du montant de la valeur des prestations concernées.

Par ailleurs, l'article 157 §1^{er} de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 dispose que « Le Fonctionnaire-dirigeant ou le fonctionnaire désigné par lui (...) peut décider qu'il sera sursis en tout ou en partie, à l'exécution des décisions infligeant les amendes visées à l'article 142.

Le sursis d'une durée de un à trois ans, peut être accordé lorsque dans les trois ans précédant le prononcé, aucune amende administrative n'a été infligée ni aucun remboursement de prestations indues n'a été imposé à l'intéressé par une instance administrative ou juridictionnelle instituée au sein ou auprès de l'Institut.

Le sursis est révoqué de plein droit lorsque le dispensateur est condamné du chef d'une nouvelle infraction visée à l'article 73bis, commise pendant le délai d'épreuve. »

3.2. En l'espèce

Il y a lieu de constater que Mme A. a, aux cours de ses différentes auditions, fait expressément référence à son manque de connaissance de la réglementation applicable aux différents aspects de sa profession ;

Que cette méconnaissance portait tant sur la façon correcte d'évaluer les échelles de Katz que sur les mentions obligatoires devant figurer sur les dossiers infirmiers et sur les conditions d'attestation des prestations pouvant être réalisées par des aides-soignantes ;

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

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

Que s'agissant de prestations non conformes, il y a lieu de rappeler que le législateur a encadré de manière très précise les possibilités d'attester des soins infirmiers, afin d'éviter les abus qui pourraient découler d'une appréciation souple et extensive des conditions fixées par la Nomenclature, par exemple en matière d'évaluation de l'état de dépendance physique de l'assuré.

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

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

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

Qu'en outre, s'ils ne s'y conforment pas, ils brisent ce rapport de confiance et mettent en péril l'équilibre des deniers publics.

En ne respectant pas les règles relatives à l'évaluation de l'état de dépendance physique des assurés, aux dossiers infirmiers et aux conditions d'attestation des prestations réalisées par du personnel soignant, Mme A. a manqué à ses obligations légales en tant que dispensateur de soins.

En conséquence, au regard de la clarté de la Nomenclature, du nombre élevé de prestations (1.161 prestations), de la longueur de la période concernée (introduction aux organismes assureurs du 01-12-2013 au 30-06-2014) et du caractère très élevé de l'indu (24.809,88 €), il convient d'infliger à Mme A. une amende administrative comme le permet l'article 73bis 2° de la loi ASSI.

3.3. Sur le quantum de l'amende et le sursis

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

Au titre de l'ensemble des griefs (prestations non conformes) : une amende administrative de 100% du montant des prestations indûment remboursées (LC 14.07.1994, art. 142, §1er, 2°) (indu de **24.809,88 €**).

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

Et, en l'espèce, le Fonctionnaire-dirigeant a décidé que la sanction serait assortie d'une mesure de sursis partiel, la sanction effective devant rappeler à l'intéressée l'importance de la faute commise, et celle avec sursis devant l'inciter à rectifier, pour l'avenir, sa pratique dans un sens conforme à la réglementation et aux exigences de son art.

Il est dès lors justifié de prononcer, dans le chef de Madame A., une amende administrative de 100% du montant des prestations indûment remboursées (LC 14.07.1994, art. 142, §1er, 2°), **dont 50% en amende effective et 50% en amende assortie d'un sursis d'une durée de 3 ans, soit une amende effective de 12.404,94 € et une amende assortie d'un sursis de 12.404,94 €.**

3.4. Quant au plan de paiement

Par mail du 16 février 2017, Madame A. a sollicité un plan d'échelonnement pour le remboursement de sa dette ;

Il convient de souligner qu'à la somme principale due, sont ajoutés les intérêts moratoires prévus par l'article 156, §1^{er} alinéa 2 de la loi ASSI coordonnée (tel que modifié par l'article 26, 1°, de la loi du 17 juillet 2015 portant des dispositions diverses en matière de santé, M.b. du 17 août 2015) qui dispose que :

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

Les sommes dues sont payées dans les trente jours de la notification des décisions visées à l'alinéa 1^{er}. A défaut de paiement dans ce délai, les sommes

restant dues produisent, de plein droit, des intérêts au taux d'intérêt légal en matière sociale, tel que prévu à l'article 2, § 3, de la loi du 5 mai 1865 relative au prêt à intérêt, à compter de l'expiration de ce délai ».

Les intérêts sont calculés au taux de 7% l'an (article 2 §3 de la loi du 5 mai 1865 précitée).

Le Fonctionnaire-dirigeant marque son accord pour le plan de paiement suivant :

Plan de paiement

Tableau récapitulatif

Dette principale:	37.214,82 EUR
Taux d'intérêt applicable:	7% par an
Date à laquelle les intérêts commencent à courir:	15/08/2017
Premier paiement:	15/08/2017
Dernier paiement:	15/10/2019
Nombre total de paiements:	27
Paiements d'un montant de:	1.500,00 EUR (dernier paiement: 1.065,79 EUR)

Tableau détaillé

Dette principale:	37.214,82 EUR	
Taux d'intérêt applicable:	7% par an	
Échéance de paiement :	Montant à verser :	Dette après paiement :
#1 – 15/08/2017	1.500,00 EUR	35.714,82 EUR
<i>Intérêts par période:</i>	<i>Intérêts :</i>	<i>Sous-total d'intérêts :</i>
<i>31 jours jusqu'au 15/09/2017 (incl.)</i>	<i>212,33 EUR</i>	<i>212,33 EUR</i>
Échéance de paiement :	Montant à verser :	Dette après paiement :
#2 – 15/09/2017	1.500,00 EUR	34.427,15 EUR
<i>Intérêts par période:</i>	<i>Intérêts :</i>	<i>Sous-total d'intérêts :</i>
<i>30 jours jusqu'au 15/10/2017 (incl.)</i>	<i>198,07 EUR</i>	<i>198,07 EUR</i>
Échéance de paiement :	Montant à verser :	Dette après paiement :
#3 – 15/10/2017	1.500,00 EUR	33.125,22 EUR
<i>Intérêts par période:</i>	<i>Intérêts :</i>	<i>Sous-total d'intérêts :</i>
<i>31 jours jusqu'au 15/11/2017 (incl.)</i>	<i>196,94 EUR</i>	<i>196,94 EUR</i>
Échéance de paiement :	Montant à verser :	Dette après paiement :
#4 – 15/11/2017	1.500,00 EUR	31.822,16 EUR

<i>Intérêts par période:</i>	<i>Intérêts :</i>	<i>Sous-total d'intérêts :</i>
<i>30 jours jusqu'au 15/12/2017 (incl.)</i>	<i>183,09 EUR</i>	<i>183,09 EUR</i>
Échéance de paiement :	Montant à verser :	Dettes après paiement :
#5 – 15/12/2017	1.500,00 EUR	30.505,25 EUR
<i>Intérêts par période:</i>	<i>Intérêts :</i>	<i>Sous-total d'intérêts :</i>
<i>16 jours jusqu'au 31/12/2017 (incl.)</i>	<i>93,61 EUR</i>	<i>93,61 EUR</i>
<i>15 jours jusqu'au 15/01/2018 (incl.)</i>	<i>87,76 EUR</i>	<i>181,37 EUR</i>
Échéance de paiement :	Montant à verser :	Dettes après paiement :
#6 – 15/01/2018	1.500,00 EUR	29.186,62 EUR
<i>Intérêts par période:</i>	<i>Intérêts :</i>	<i>Sous-total d'intérêts :</i>
<i>31 jours jusqu'au 15/02/2018 (incl.)</i>	<i>173,52 EUR</i>	<i>173,52 EUR</i>
Échéance de paiement :	Montant à verser :	Dettes après paiement :
#7 – 15/02/2018	1.500,00 EUR	27.860,14 EUR
<i>Intérêts par période:</i>	<i>Intérêts :</i>	<i>Sous-total d'intérêts :</i>
<i>28 jours jusqu'au 15/03/2018 (incl.)</i>	<i>149,61 EUR</i>	<i>149,61 EUR</i>
Échéance de paiement :	Montant à verser :	Dettes après paiement :
#8 – 15/03/2018	1.500,00 EUR	26.509,75 EUR
<i>Intérêts par période:</i>	<i>Intérêts :</i>	<i>Sous-total d'intérêts :</i>
<i>31 jours jusqu'au 15/04/2018 (incl.)</i>	<i>157,61 EUR</i>	<i>157,61 EUR</i>
Échéance de paiement :	Montant à verser :	Dettes après paiement :
#9 – 15/04/2018	1.500,00 EUR	25.167,36 EUR
<i>Intérêts par période:</i>	<i>Intérêts :</i>	<i>Sous-total d'intérêts :</i>
<i>30 jours jusqu'au 15/05/2018 (incl.)</i>	<i>144,80 EUR</i>	<i>144,80 EUR</i>
Échéance de paiement :	Montant à verser :	Dettes après paiement :
#10 – 15/05/2018	1.500,00 EUR	23.812,16 EUR
<i>Intérêts par période:</i>	<i>Intérêts :</i>	<i>Sous-total d'intérêts :</i>
<i>31 jours jusqu'au 15/06/2018 (incl.)</i>	<i>141,57 EUR</i>	<i>141,57 EUR</i>
Échéance de paiement :	Montant à verser :	Dettes après paiement :
#11 – 15/06/2018	1.500,00 EUR	22.453,73 EUR
<i>Intérêts par période:</i>	<i>Intérêts :</i>	<i>Sous-total d'intérêts :</i>
<i>30 jours jusqu'au 15/07/2018 (incl.)</i>	<i>129,19 EUR</i>	<i>129,19 EUR</i>
Échéance de paiement :	Montant à verser :	Dettes après paiement :
#12 – 15/07/2018	1.500,00 EUR	21.082,92 EUR
<i>Intérêts par période:</i>	<i>Intérêts :</i>	<i>Sous-total d'intérêts :</i>

<i>31 jours jusqu'au 15/08/2018 (incl.)</i>	<i>125,34 EUR</i>	<i>125,34 EUR</i>
Échéance de paiement :	Montant à verser :	Dettes après paiement :
#13 – 15/08/2018	1.500,00 EUR	19.708,26 EUR
<i>Intérêts par période:</i>	<i>Intérêts :</i>	<i>Sous-total d'intérêts :</i>
<i>31 jours jusqu'au 15/09/2018 (incl.)</i>	<i>117,17 EUR</i>	<i>117,17 EUR</i>
Échéance de paiement :	Montant à verser :	Dettes après paiement :
#14 – 15/09/2018	1.500,00 EUR	18.325,43 EUR
<i>Intérêts par période:</i>	<i>Intérêts :</i>	<i>Sous-total d'intérêts :</i>
<i>30 jours jusqu'au 15/10/2018 (incl.)</i>	<i>105,43 EUR</i>	<i>105,43 EUR</i>
Échéance de paiement :	Montant à verser :	Dettes après paiement :
#15 – 15/10/2018	1.500,00 EUR	16.930,86 EUR
<i>Intérêts par période:</i>	<i>Intérêts :</i>	<i>Sous-total d'intérêts :</i>
<i>31 jours jusqu'au 15/11/2018 (incl.)</i>	<i>100,66 EUR</i>	<i>100,66 EUR</i>
Échéance de paiement :	Montant à verser :	Dettes après paiement :
#16 – 15/11/2018	1.500,00 EUR	15.531,52 EUR
<i>Intérêts par période:</i>	<i>Intérêts :</i>	<i>Sous-total d'intérêts :</i>
<i>30 jours jusqu'au 15/12/2018 (incl.)</i>	<i>89,36 EUR</i>	<i>89,36 EUR</i>
Échéance de paiement :	Montant à verser :	Dettes après paiement :
#17 – 15/12/2018	1.500,00 EUR	14.120,88 EUR
<i>Intérêts par période:</i>	<i>Intérêts :</i>	<i>Sous-total d'intérêts :</i>
<i>16 jours jusqu'au 31/12/2018 (incl.)</i>	<i>43,33 EUR</i>	<i>43,33 EUR</i>
<i>15 jours jusqu'au 15/01/2019 (incl.)</i>	<i>40,62 EUR</i>	<i>83,95 EUR</i>
Échéance de paiement :	Montant à verser :	Dettes après paiement :
#18 – 15/01/2019	1.500,00 EUR	12.704,83 EUR
<i>Intérêts par période:</i>	<i>Intérêts :</i>	<i>Sous-total d'intérêts :</i>
<i>31 jours jusqu'au 15/02/2019 (incl.)</i>	<i>75,53 EUR</i>	<i>75,53 EUR</i>
Échéance de paiement :	Montant à verser :	Dettes après paiement :
#19 – 15/02/2019	1.500,00 EUR	11.280,36 EUR
<i>Intérêts par période:</i>	<i>Intérêts :</i>	<i>Sous-total d'intérêts :</i>
<i>28 jours jusqu'au 15/03/2019 (incl.)</i>	<i>60,57 EUR</i>	<i>60,57 EUR</i>
Échéance de paiement :	Montant à verser :	Dettes après paiement :
#20 – 15/03/2019	1.500,00 EUR	9.840,93 EUR

<i>Intérêts par période:</i>	<i>Intérêts :</i>	<i>Sous-total d'intérêts :</i>
<i>31 jours jusqu'au 15/04/2019 (incl.)</i>	<i>58,51 EUR</i>	<i>58,51 EUR</i>
Échéance de paiement :	Montant à verser :	Dettes après paiement :
#21 – 15/04/2019	1.500,00 EUR	8.399,44 EUR
<i>Intérêts par période:</i>	<i>Intérêts :</i>	<i>Sous-total d'intérêts :</i>
<i>30 jours jusqu'au 15/05/2019 (incl.)</i>	<i>48,33 EUR</i>	<i>48,33 EUR</i>
Échéance de paiement :	Montant à verser :	Dettes après paiement :
#22 – 15/05/2019	1.500,00 EUR	6.947,77 EUR
<i>Intérêts par période:</i>	<i>Intérêts :</i>	<i>Sous-total d'intérêts :</i>
<i>31 jours jusqu'au 15/06/2019 (incl.)</i>	<i>41,31 EUR</i>	<i>41,31 EUR</i>
Échéance de paiement :	Montant à verser :	Dettes après paiement :
#23 – 15/06/2019	1.500,00 EUR	5.489,08 EUR
<i>Intérêts par période:</i>	<i>Intérêts :</i>	<i>Sous-total d'intérêts :</i>
<i>30 jours jusqu'au 15/07/2019 (incl.)</i>	<i>31,58 EUR</i>	<i>31,58 EUR</i>
Échéance de paiement :	Montant à verser :	Dettes après paiement :
#24 – 15/07/2019	1.500,00 EUR	4.020,66 EUR
<i>Intérêts par période:</i>	<i>Intérêts :</i>	<i>Sous-total d'intérêts :</i>
<i>31 jours jusqu'au 15/08/2019 (incl.)</i>	<i>23,90 EUR</i>	<i>23,90 EUR</i>
Échéance de paiement :	Montant à verser :	Dettes après paiement :
#25 – 15/08/2019	1.500,00 EUR	2.544,56 EUR
<i>Intérêts par période:</i>	<i>Intérêts :</i>	<i>Sous-total d'intérêts :</i>
<i>31 jours jusqu'au 15/09/2019 (incl.)</i>	<i>15,13 EUR</i>	<i>15,13 EUR</i>
Échéance de paiement :	Montant à verser :	Dettes après paiement :
#26 – 15/09/2019	1.500,00 EUR	1.059,69 EUR
<i>Intérêts par période:</i>	<i>Intérêts :</i>	<i>Sous-total d'intérêts :</i>
<i>30 jours jusqu'au 15/10/2019 (incl.)</i>	<i>6,10 EUR</i>	<i>6,10 EUR</i>
Échéance de paiement :	Montant à verser :	Dettes après paiement :
#27 – 15/10/2019	1.065,79 EUR	0,00 EUR - dette apurée

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 **24.809,88 €** ;
- Condamne Madame A. à payer une amende administrative fixée à 100% du montant des prestations litigieuses (24.809,88 €) dont 50% en amende effective et 50% en amende assortie d'un sursis d'une durée de 3 ans, soit une amende effective de 12.404,94 € et une amende assortie d'un sursis de 12.404,94€.
- Dit qu'à défaut de paiement des sommes dues dans les trente jours de la notification de la présente décision, des intérêts au taux légal en matière sociale, tel que prévu à l'article 2, §3, de la loi du 5 mai 1865 relative au prêt à intérêt, seront dus, de plein droit, à compter de l'expiration du délai précité.

Ainsi décidé à Bruxelles, le 30-06-2017.

Le Fonctionnaire-dirigeant,

Dr. Bernard HEPP
Médecin-directeur général