

**DECISION DU FONCTIONNAIRE-DIRIGEANT DU 15 FEVRIER 2019
BRS/F/18-020**

Concerne : **Madame A.**
Infirmière graduée
Et SCRI B.

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

1 GRIEFS FORMULES

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

En résumé, il lui est reproché :

1.1 Grief n° 1

Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer des documents réglementaires permettant le remboursement des prestations de santé lorsque les prestations n'ont pas été effectuées.

Infraction visée à l'art. 73 bis, 1° de la loi SSI coordonnée le 14 juillet 1994.

En l'espèce il s'agit des cas de 10 bénéficiaires au nom desquels des honoraires pour des prestations de soins infirmiers à domicile ont été portées en compte alors que lesdites prestations n'ont pas été effectuées.

1.1.1 Base légale du grief

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

C'est d'ailleurs la raison pour laquelle une « attestation de soins donnés » est établie et signée par le dispensateur de soins, selon la procédure définie à l'art. 53, alinéa 1er de la loi coordonnée le 14/07/1994 qui dispose :

« (...) 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. (...) »

1.1.2 Fondements du grief

Le grief se fonde sur :

- les déclarations des bénéficiaires,
- les déclarations de Madame A.

Position de Madame A.

Madame A. reconnaît la matérialité des faits qui lui sont reprochés dans les 10 cas retenus.

Elle reconnaît l'existence d'un système au sein du groupe auquel elle collabore.

Celui-ci consiste à attester une toilette complète au nom des assurés lorsque seule la prise de la tension artérielle est réalisée.

Le fait de noter dans les dossiers infirmiers individuels qu'une toilette complète est effectuée alors que seule la tension artérielle est mesurée rendrait, le cas échéant, ces dossiers totalement inexploitable à des fins d'enquête.

1.1.3 Bilan du grief 1

Prestations concernées par le grief						
Cas	Bénéficiaire	425014	425110	425412	425515	Indu
1	Monsieur C.	12	12	4	4	122,20 €
2	Madame D.	5	5			34,35 €
3	Madame E.	56	58	21	21	781,84 €
4	Monsieur F.	22	22			151,14 €
5	Madame G.	36	37	12	12	370,52 €
6	Madame H.	61	61	31	31	727,21 €
7	Monsieur I.	56	61	24	29	672,33 €
8	Madame J.	56	60	24	25	644,85 €
9	Monsieur K.	47	47	31	31	631,03 €
10	Madame L.	21	21	28	29	428,48 €
		372	384	175	182	
					1.113	4.563,95 €

Le grief est formulé pour 10 bénéficiaires et 1.113 prestations non effectuées, à savoir : 372 x 425014 W 0,879, 384 x 425110 W 1,167, 175 x 425412 W 1,206 et 182 x 425515 W 1,754, à concurrence d'un indu total de 4.563,95 €.

1.2 Grief n°2.

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

Infraction visée à l'art. 73 bis 2° de la loi SSI coordonnée le 14 juillet 1994.

En l'espèce il s'agit des cas de 2 bénéficiaires au nom desquels des honoraires ont été portés en compte alors que les soins dispensés n'étaient pas complets.

1.2.1 Base légale du grief.

Le grief se fonde sur la conjonction des dispositions des §§ 4, 2° et 3°, 5, 3° et 6, 8° de l'article 8 de la nomenclature des prestations de santé qui disposent :

(...)

§ 4. Précisions relatives aux prestations visées à la rubrique I du § 1er, 1°,

(...)

2° sous réserve des dispositions particulières du § 5ter, § 6, 4° et § 8 du présent article, le dossier infirmier comporte au moins :"

(...)

- le contenu de la prescription telle que prévue au § 2 (copie ou transcription de la prescription en cas de dossier automatisé);

- les données d'identification du prescripteur;

(...)

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

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

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

3° Les prestations de base visées à la rubrique I, A du § 1er, 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 § 1er, 1°, 2°, (...) à l'exception des prestations 424395, 424690 et 424852,

(...)

(...)

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

(...)

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

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

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

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

(...)

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

(...)

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

(...)

La prestation de toilette a également fait l'objet d'une question parlementaire (question 87 posée le 14 avril 1986 par Monsieur le Sénateur CLIPPELE - Bulletin n° 20, Sénat, session ordinaire 1985-1986, p. 1096 - Bulletin d'information INAMI 1986/4 page 259 et suivantes) relative au contenu de la toilette ; la réponse est la suivante :

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

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

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

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

Une jurisprudence de la Chambre de recours (Madame X. contre SECM, n° de rôle FB-009-06, décision du 12/01/2012) précise en outre ce que doivent comprendre ces soins d'hygiène :

« (...) Madame X. a signé et délivré des attestations de soins donnés pour des prestations qui requièrent la qualification d'infirmière au vu de l'article 8 de la nomenclature des soins de santé, à savoir principalement les prestations reprises dans la nomenclature sous les codes 425294 et 425692 soit des honoraires forfaitaires, dit forfaits B, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de santé de dépendance physique répond à trois critères : dépendance pour se laver et s'habiller, dépendance pour se déplacer et aller à la toilette et dépendance pour incontinence et/ou pour manger.

Les honoraires forfaitaires B ne peuvent être attestés que si par journée de soins une toilette a été effectuée. La toilette doit comprendre l'ensemble des soins infirmiers se rapportant à la globalité

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

1.2.2 Fondements du grief

Le grief se fonde sur :

- les déclarations des bénéficiaires,
- les déclarations de Madame A.

1.2.3 Justifications et attitude de Madame A.

Madame A. reconnaît la matérialité des faits qui lui sont reprochés dans les 2 cas retenus.

1.2.4 Bilan du grief n° 2

Prestations concernées par le grief						
Cas	Bénéficiaire	425014	425110	425412	425515	Indu
1	Madame M.	56	56	29	30	678,87 €
2	Madame N.	160	160	68	68	1.775,12 €
		216	216	97	98	
					627	2.453,99 €

Le grief est formulé pour 2 bénéficiaires et 627 prestations non conformes, à savoir : 216 x 425014 W 0,879, 216 x 425110 W 1,167, 97 x 425412 W 1,206 et 98 x 425515 W 1,754, à concurrence d'un indu total de 2.453,99 €.

1.3 Grief n° 3

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

Infraction visée à l'art. 73 bis 2° de la loi SSI coordonnée le 14 juillet 1994.

En l'espèce il s'agit du cas de 13 bénéficiaires au nom desquels des honoraires ont été portés en compte sur base d'une surévaluation d'un item de l'échelle d'évaluation de la dépendance physique.

Le grief est établi à titre principal dans le cas d'un bénéficiaire et à titre subsidiaire dans le cas de 12 bénéficiaires.

1.3.1 Base légale du grief.

1.3.1.1 Arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

Art. 8 § 5.

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

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

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.

2° Les honoraires forfaitaires visés à la rubrique II du § 1er, 1°, 2° et 3° remboursent d'une façon forfaitaire les prestations suivantes dispensées au cours d'une même journée de soins :

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

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

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

Art. 8 § 6

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

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

2° Les prestations 425110, 425515 ou 425913 effectuées pour un bénéficiaire ne répondant pas aux critères mentionnés à la rubrique II du § 1er, 1°, 2° ou 3°, et à la rubrique IV du § 1er, 1° et 2° ne peuvent être attestées qu'une fois par journée de soins.

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

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

4° Pour les bénéficiaires:

- qui obtiennent des scores de minimum 2 pour les critères "se laver" et "s'habiller" et un score de minimum 2 pour le critère "continence" à la suite d'une combinaison de l'incontinence d'urine nocturne et de l'incontinence d'urine occasionnelle durant la journée ou un score 3 ou 4 pour le critère "continence" de l'échelle d'évaluation concernée, il peut être attesté une toilette par jour. Dans le cas d'une combinaison de l'incontinence d'urine nocturne et de l'incontinence d'urine occasionnelle durant la journée, l'observation de cette problématique est mentionnée dans le dossier infirmier et la déclaration correspondante sur le formulaire décrit au § 7 doit être cochée.
- qui obtiennent des scores de minimum 2 pour les critères "se laver et s'habiller" de l'échelle d'évaluation concernée et peuvent être considérés, sur base d'un certificat médical établi par le médecin traitant, conformément au modèle fixé par le Comité de l'assurance soins de santé sur proposition de la Commission de convention, comme des personnes désorientées dans le temps et l'espace, il peut être attesté une toilette par jour;
- qui obtiennent des scores de minimum 4 pour les critères "se laver et s'habiller" de l'échelle d'évaluation concernée, il peut être attesté une toilette par jour.

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

6° Lors de l'exécution des prestations 425110, 425515 et 425913 effectuées pour un bénéficiaire ne répondant pas aux critères mentionnés à la rubrique II du § 1er, 1°, 2° et 3°, et à la rubrique IV du § 1er, 1° et 2° le praticien de l'art infirmier est tenu de transmettre une notification au médecin-conseil, selon la procédure prévue au § 7.

7° Dans le cas où une modification du degré de dépendance physique du bénéficiaire, en cours de semaine, entraîne une augmentation du nombre de toilettes attestables par semaine, cette adaptation de la fréquence s'applique à la semaine au cours de laquelle la modification est intervenue.

Dans le cas où une modification du degré de dépendance physique du bénéficiaire, en cours de semaine, entraîne une diminution du nombre de toilettes attestables par semaine, cette adaptation de la fréquence s'applique à partir de la semaine qui suit la semaine au cours de laquelle la modification est intervenue.

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

9° Pour la détermination de la fréquence hebdomadaire des toilettes, la semaine s'entend du lundi 0 heure au dimanche 24 heures.

1.3.1.2 Circulaire n° 2011/01 du Service des soins de santé aux praticiens de l'art infirmier – Références 1240/OMZ-CIRC/INF-11-1-f

Cette circulaire comporte en son annexe 2 des directives pour l'utilisation de l'échelle d'évaluation, énoncées ci-dessous :

Art. 151 de l'A.R. du 3/07/1996 (maisons de repos pour personnes âgées, maisons de repos et de soins et les centres de soins de jour)

Art. 8 de l'annexe à l'A.R. du 14/09/1984 (nomenclature des praticiens de l'art infirmier)

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

Se laver**1. Est capable de se laver complètement sans aucune aide**

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

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

Il existe deux possibilités:

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

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

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

Il existe deux possibilités:

- a) Chaque fois que le patient se lave, au-dessus et en dessous de la ceinture, il a besoin d'aide pour se laver au-dessus ou en dessous de la ceinture, ou
- b) Le patient est encore capable de se laver partiellement tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture, moyennant une stimulation individuelle continue (par exemple vocale) et une surveillance active continue.

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

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

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

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

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

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

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

Il existe deux possibilités:

- a) Le patient a besoin d'une aide partielle active pour s'habiller et/ou se déshabiller au-dessus ou en dessous de la ceinture (par exemple pour enfiler un corset, des bas à varices), ou
- b) Le patient est capable de s'habiller et/ou de se déshabiller au-dessus ou en dessous de la ceinture, moyennant une stimulation (par exemple la préparation de ses vêtements) et sans la nécessité d'une surveillance continue et/ou d'une présence continue.

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

Il existe trois possibilités:

- a) Le patient a chaque fois besoin d'une aide active partielle pour s'habiller et/ou se déshabiller tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture, ou
- b) Le patient est encore capable de s'habiller et/ou de se déshabiller partiellement tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture, moyennant une stimulation individuelle continue (par exemple vocale) et une surveillance active continue, ou
- c) Le patient a besoin d'aide pour mettre l(es) orthèse(s) et/ou la (les) prothèse(s) indispensable(s) à son autonomie locomotrice (membres supérieurs et/ou membres inférieurs).

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

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

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

Transfert et déplacements

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

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

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

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

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

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

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

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

Il existe deux possibilités:

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

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

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

La modification pour le score « 2 » est d'application à partir du 1^{er} janvier 2007 (la date d'entrée en vigueur de la modification de la nomenclature des soins infirmiers à domicile qui y est associée)

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 auto sondage

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

Il existe deux possibilités:

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

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

4. Est incontinent pour les urines et les selles

Il existe deux possibilités :

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

Manger

1. Est capable de manger et de boire seul

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

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

Il existe deux possibilités:

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

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

Il existe deux possibilités:

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

4. Le patient est totalement dépendant pour manger et boire

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

1.3.2 Fondements du grief

Le grief se fonde sur :

- les déclarations des bénéficiaires,
- l'évaluation dans le décours de l'audition de chaque assuré du degré de dépendance physique, tel qu'il existait au moment des faits litigieux,
- les déclarations de Madame A. et, le cas échéant, de ses collaborateurs infirmiers.

1.3.3 Justifications et attitude de Madame A.

Madame A. reconnaît la matérialité des faits qui lui sont reprochés dans tous les cas.

1.3.4 Bilan du grief n° 3

Prestations concernées par le grief						
Cas	Bénéficiaire	425014	425110	425272	425670	Indu
1	Monsieur O.			61	31	650,30 €
2	Monsieur C.					0,00 €
3	Madame D.					0,00 €
4	Madame E.					0,00 €
5	Monsieur F.					0,00 €
6	Madame G.					0,00 €
7	Madame H.					0,00 €
8	Monsieur I.					0,00 €
9	Madame J.					0,00 €
10	Monsieur K.					0,00 €
11	Madame L.	16	16			109,92 €
12	Madame M.					0,00 €
13	Monsieur N.					0,00 €
		16	16	61	31	
					124	760,22 €

Le grief est formulé pour 13 bénéficiaires et 124 prestations non conformes, à savoir : 16 x 425014 W 0,879, 16 x 425110 W 1,167, 61 x 425272 W 3,825 et 31 x 425670 W 5,710, à concurrence d'un indu différentiel de 760,22 € (pour certaines prestations ayant déjà été retenues au grief 1, l'indu est nul).

1.4 Tableau synoptique.

Grief	Résumé du grief	Codes NPS	Nbre prestations	Nbre cas	Indu
1. Non effectué (PVC 24.10.2016)	Prestations non effectuées	425014 W 0,879	372	10	4.563,95 €
		425110 W 1,167	384		
		425412 W 1,206	175		
		425515 W 1,754	182		
2. Non conforme (PVC 24.10.2016)	Toilettes incomplètes	425014 W 0,879	216	2	2.453,99 €
		425110 W 1,167	216		
		425412 W 1,206	97		
		425515 W 1,754	98		
3. Non conforme (PVC 24.10.2016)	Surcotation d'échelles de Katz	425014 W 0,879	16	13	760,22 € (différentiel)
		425110 W 1,167	16		
		425272 W 3,825	61		
		425670 W 5,710	31		
Totaux					7.778,16 €

Pour ces 3 griefs, l'indu total a été évalué à 7.778,16 €.

Madame A. a procédé au remboursement partiel (7.178,16 euros) de l'indu le 16/01/2018. L'indu restant (600 euros) a été ajouté au passif de la faillite de sa société, B.

2 DISCUSSION

2.1 QUANT AU FONDEMENT DES GRIEFS

Madame A. ne conteste pas les griefs.

Ceux-ci sont donc incontestablement établis au regard des éléments repris notamment dans la note de synthèse précitée.

2.2 QUANT A L'INDU

Les griefs ont entraîné des débours indus dans le chef de l'assurance obligatoire soins de santé pour un montant de 7.778,16 euros.

Madame A. n'a pas contesté 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 Madame A. procède au remboursement de l'indu, en application de l'article 142, §1^{er}, 1° et 2° de la loi SSI, soit la somme de 7.778,16 euros.

Cependant, c'est la société B. qui a perçu l'ensemble de ces remboursements.

Dès lors, en application de l'article 164, alinéa 2 de la loi SSI, la société B. doit être condamnée solidairement avec Madame A. au remboursement de la valeur des prestations indues.

Le Fonctionnaire-dirigeant constate que Mme A. a déjà remboursé la somme de 7.178,16 euros.

2.3 QUANT À L'AMENDE

2.3.1 Quant au régime juridique de l'amende administrative

L'article 142, §1^{er} de la loi SSI prévoit :

- pour les prestations non effectuées (1°), une amende administrative comprise entre 50% et 200% du montant du remboursement.
- pour les prestations non conformes (2°), une amende administrative comprise entre 5% et 150% du montant du remboursement.

2.3.2 En l'espèce

Des sanctions s'imposent afin de rappeler à Madame A. les obligations qui s'imposent à elle en tant que collaborateur de l'assurance obligatoire soins de santé.

Les responsabilités que les dispensateurs assument dans ce cadre justifient que l'on attende d'eux un minimum de rigueur et de probité qui font totalement défaut en l'espèce.

Le premier grief concerne des prestations non effectuées.

C'est le grief le plus grave qui puisse être reproché à un dispensateur de soins.

Mme A. a avoué avoir participé à un système mis en place afin d'obtenir un remboursement pour des prestations qui ne peuvent pas être portées en compte de l'assurance soins de santé.

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

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

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

Par le système auquel elle a participé, Madame A. a brisé ce rapport de confiance et mis en péril l'équilibre des deniers publics.

En conséquence, le Fonctionnaire-dirigeant estime qu'une amende sévère doit être infligée à Madame A. pour le premier grief, soit une amende de 100 % du montant des prestations remboursées, à savoir 4.563,95 euros

Les 2^e et 3^e griefs témoignent également du peu de considération de Madame A. pour la réglementation.

Le Fonctionnaire-dirigeant estime justifiée une amende administrative égale à 100% de la valeur des remboursements indus, soit la somme de 3.214,21 euros.

Par ailleurs, l'article 157, §1^{er} de la loi SSI 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.

Compte tenu de l'absence d'antécédent de Madame A., et du remboursement qu'elle a effectué, mais aussi de la gravité de l'infraction relative au 1^{er} grief, le Fonctionnaire-dirigeant assortit la sanction d'une mesure de sursis de 3 années pour la moitié de l'amende relative au 1^{er} grief et pour la totalité de l'amende relative aux griefs 2 et 3.

La sanction effective rappellera à l'intéressée l'importance de la faute commise, et celle avec sursis l'incitera à rectifier, pour l'avenir, sa pratique dans un sens conforme à la réglementation et aux exigences de son art

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 solidairement Madame A. et la SCRI B. à rembourser la valeur des prestations indues s'élevant à 7.778,16 € et constate que la somme de 7.178,16 euros a déjà été remboursée ;
- Condamne Madame A. à payer une amende de 100% de la valeur des prestations reprochées au 1^{er} grief (4.563,95 euros), dont la moitié avec un sursis de 3 années, soit une amende effective de 2.281,98 euros et une amende avec sursis de 2.281,98 euros ;
- Condamne Madame A. à payer une amende de 100% de la valeur des prestations reprochées au 2^e et 3^e griefs (3.214,21 euros), avec un sursis de 3 années ;
- 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 15 février 2019

Le Fonctionnaire – dirigeant f.f.,

Dr Philip Tavernier
Médecin-directeur général f.f.