

DECISION DU FONCTIONNAIRE-DIRIGEANT 23 OCTOBRE 2013
BRS/F/13-021

Concerne : **Madame A**
Infirmière

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

1. GRIEFS FORMULES

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

En résumé, il lui est reproché :

1.1. Premier grief

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

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

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

1.1.1. Base légale et réglementaire

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

« Les dispensateurs de soins dont les prestations donnent lieu à une intervention de l'assurance sont tenus de remettre aux bénéficiaires ou, dans le cadre du régime du tiers payant, aux organismes assureurs, une attestation de soins ou de fournitures ou un document équivalent dont le modèle est arrêté par le Comité de l'assurance, où figure la mention des prestations effectuées; pour les prestations reprises à la nomenclature visée à l'article 35, § 1er, cette mention est indiquée par le numéro d'ordre à ladite nomenclature. »

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

425692 Honoraires forfaitaires, dits forfait B, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire le week-end dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants:

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

W 10,944

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

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

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

NPS Art. 8 §5

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

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

a) Se laver :

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

b) S'habiller :

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

c) Transfert et déplacements :

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

d) Aller à la toilette

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

e) Continence :

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

f) Manger :

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

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

a) les prestations de base visées à la rubrique I, A du § 1er, 1°, 2°, 3° et 4°;

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

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

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

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

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

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

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

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

Se laver

1. Est capable de se laver complètement sans aucune aide

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

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

Il existe deux possibilités:

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

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

Il existe deux possibilités:

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

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

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

S'habiller

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

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

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

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

Il existe deux possibilités:

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

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

Il existe trois possibilités:

- 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
- 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
- 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 déceimment.

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:

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

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

Aller à la toilette

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

Ce critère est chaque fois une combinaison de 3 items: se déplacer et s'habiller (baisser et relever le pantalon et éventuellement retirer et replacer du matériel d'incontinence) et s'essuyer.

1. Est capable d'aller seul à la toilette, de s'habiller et de s'essuyer

2. A besoin de l'aide partielle de tiers pour se rendre aux toilettes ou s'habiller ou s'essuyer

Le patient a besoin d'aide pour un *des trois items*: se déplacer ou s'habiller ou s'essuyer.

3. Doit être entièrement aidé pour se rendre aux toilettes et/ou s'habiller et/ou s'essuyer

Le patient a besoin d'aide pour deux des trois items: se déplacer *et/ou* s'habiller *et/ou* s'essuyer.

4. Doit être entièrement aidé pour se rendre aux toilettes/chaise percée et s'habiller et s'essuyer

Le patient a besoin d'aide pour les trois items: se déplacer et s'habiller et s'essuyer.

Continence

1. Est continent pour les urines et les selles

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

Il existe trois possibilités:

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

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

Il existe deux possibilités:

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

4. Est incontinent pour les urines et les selles

Il existe deux possibilités :

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

Manger

1. Est capable de manger et de boire seul

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

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

Il existe deux possibilités:

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

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

Il existe deux possibilités:

- 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, (...)) »

1.1.2. Prestations en cause

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

2 prestations 425692, W 10,944 Honoraires forfaitaires, dits forfait B, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire le week-end

(prestations effectuées pendant la période allant du 12/12/2010 au 01/01/2011 et introduites au remboursement du 31/01/2011 au 28/02/2011).

1.1.3. Argumentation

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

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

Critères	Cotation initiale par Mme A.	Cotation par Mme A. le 20/06/2012	Cotation SECM Le 13/03/2012
Se laver	4	4	3
S'habiller	4	4	3
Transfert et déplacements	3	2	3
Aller à la toilette	3	2	2
Continence	3	2	1
Manger	2	2	2
	FB	T7	FA

Il est à noter que lors de son audition, Madame A. a scoré l'état de dépendance de Madame B. comme indiqué dans le tableau ci-dessus. Ce scorage correspond à une toilette à l'acte et non à un forfait A, contrairement à ce qu'elle a dit.

A néanmoins été retenu à sa charge un déclassement du forfait B en forfait A, sur base du constat effectué le 13 mars 2012 par le SECM.

Ce constat est renforcé par l'audition le 13/03/2012 du fils de l'assurée, Monsieur C. (*pièces 154 à 166*) qui permet aussi aux infirmières contrôleuses de déclasser le forfait attesté pour Madame B. de B à A.

- ✓ Les critères « **se laver** » et « **s'habiller** » ne posent pas de difficulté, dans la mesure où Madame A. a évalué pour ces deux critères un score de 4 et les infirmières contrôleuses un score de 3 : ces scores sont ceux prévus pour ces critères tant dans le cadre du forfait B que A (*cf NPS art. 8 § 1er 1° II et 2° II*).
- ✓ Pour le critère « **transfert et déplacements** », Monsieur C. indique que :
« Pour **se lever** du lit, c'est moi qui la lève car elle ne peut le faire seule et ne dispose pas de perroquet... Lorsqu'elle est levée, elle **se déplace** seule dans la maison et parvient à se déplacer grâce aux meubles qui lui servent de repère. Elle n'a pas de canne, pas de béquille, pas de chaise roulante, pas de tribune de marche... ».

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

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

Il existe deux possibilités:

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

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

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

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

La circulaire 2006/3 (cf 1.1.1.) expose pour ce critère que le score de 2 correspond :
 « **2. A besoin de l'aide partielle de tiers pour se rendre aux toilettes ou s'habiller ou s'essuyer**
 Le patient a besoin d'aide pour un des trois items: **se déplacer** ou s'habiller ou s'essuyer ».

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

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

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

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

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

La circulaire 2006/3 (cf 1.1.1.) expose pour ce critère que le score de 2 correspond :
 « **2. A besoin d'une aide préalable pour manger ou boire**
 Il existe deux possibilités:

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

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

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

1.1.4. Montant de l'indu

Le grief concerne :

2 prestations, de code 425692, W 10,944 Honoraires forfaitaires, dits forfait B, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire le week-end, pour 1 assurée pour la période du 12/12/2010 au 01/01/2011 et introduites au remboursement du 31/01/2011 au 28/02/2011, alors qu'auraient dû être attestées 2 prestations de code 425670, W 5, 71 Honoraires forfaitaires, dits forfait A, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire en semaine

L'indu différentiel pour l'assurance est de **43,95 euros**.

Le montant total de l'indu pour ce grief s'élève à 43,95 euros.

1.2. Deuxième grief

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

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

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

1.2.1. Base légale et réglementaire

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

425294 Honoraires forfaitaires, dits forfait B, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire en semaine dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants:

- dépendance pour le critère se laver **et** le critère s'habiller (score 3 ou 4), et
- dépendance pour le critère transfert et déplacements **et** le critère aller à la toilette (score 3 ou 4), et
- dépendance pour le critère continence **et/ou** pour le critère manger (score 3 ou 4) **W 7,371**

425272 Honoraires forfaitaires, dits forfait A, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire en semaine dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants:

- dépendance pour le critère se laver **et** le critère s'habiller (score 3 ou 4), et
- dépendance pour le critère transfert et déplacements **et/ou** le critère aller à la toilette (score 3 ou 4) **W 3,825**

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

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

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

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

1.2.2. Prestations en cause

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

9 prestations, de code 425294, W 7,371 Honoraires forfaitaires, dits forfait B, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire en semaine, pour 1 assurée pour la période du 28/07/2010 au 03/12/2010 et introduites au remboursement du 12/08/2010 au 18/01/2011.

16 prestations, de code 425692, W 10,944 Honoraires forfaitaires, dits forfait B, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire le week-end, pour 1 assurée pour la période du 12/06/2010 au 01/01/2011 et introduites au remboursement du 20/07/2010 au 11/02/2011.

1.2.3. Argumentation

Pour l'assurée Madame E., Madame A. a retenu, pendant la période litigieuse, un forfait B.

Le SECM, sur base des directives citées au paragraphe 1.1.1. a évalué la santé de Madame E. pour la période allant du 12 juin 2010 au 1^{er} janvier 2011 comme correspondant à une toilette à l'acte sept fois par semaine.

En effet, l'échelle de Katz remplie par l'infirmière, lors de l'entrée de Madame E. en MRPA en juillet 2011, était la suivante : 4-4-2-2-2-1 1-2, ce qui correspondait à un état de dépendance physique justifiant l'attestation d'une toilette à l'acte sept fois par semaine.

Aucun élément ne permet de penser que cet état ait pu évoluer au cours des mois précédents et justifier l'application d'un forfait B.

L'organisme assureur 506 a communiqué au SECM les dates d'hospitalisation de Madame E. (*cf constat téléphonique du 19/07/2012 – pièces n°153*). Il en est ressorti qu'aucune hospitalisation de Mme E. n'avait eu lieu sur la période en cause. En outre, aucun acte radiographique durant cette période ne permettait de justifier une fracture et donc le forfait B porté en compte.

Madame A. ne pouvait donc manifestement pas attester un forfait B en expliquant que cela faisait suite à une fracture de Madame E. dont elle ne se souvenait plus de la date.

Lors de son audition le 20 juin 2012, Madame A. a déclaré qu'elle lavait complètement Madame E. et l'habillait, qu'elle y passait à des moments deux fois par jour et que Madame E. portait des babinettes la nuit. Elle a conclu qu'aurait dû être attestée une toilette à l'acte sept fois par semaine et non un forfait B (*pièces n°39 à 60*).

Dans ces conditions, a été retenu, pour la période allant du 12 juin 2010 au 1^{er} janvier 2011, un déclassement du forfait B en toilette à l'acte sept fois par semaine.

1.2.4. Montant de l'indu

Le grief concerne

9 prestations, de code 425294, W 7,371 Honoraires forfaitaires, dits forfait B, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire en semaine, pour 1 assurée pour la période du 28/07/2010 au 3/12/2010 et introduites au remboursement du 12/08/2010 au 18/01/2011, alors qu'auraient dû être attestées des toilettes.

L'indu différentiel pour l'assurance est de 191,16 euros.

16 prestations, de code 425692, W 10,944 Honoraires forfaitaires, dits forfait B, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire le week-end, pour 1 assurée pour la période du 12/06/2010 au 01/01/2011 et introduites au remboursement du 20/07/2010 au 11/02/2011, alors qu'auraient dû être attestées des toilettes.

L'indu différentiel pour l'assurance est de 509,25 euros.

Le montant total de l'indu différentiel au titre du 2^e grief s'élève à 700,41 €.

1.3. Troisième grief

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

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

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

1.3.1. Base légale et réglementaire

NPS Art. 8 §1^{er},

1° I, B

425316 Honoraires forfaitaires, dits forfait C, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire en semaine dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants:

- dépendance pour le critère se laver (score 4) et le critère s'habiller (score 4), et
- dépendance pour le critère transfert et déplacements (score 4) et le critère aller à la toilette (score 4), et
- dépendance pour le critère continence et pour le critère manger (pour laquelle un des deux critères obtient un score de 4, et l'autre un score de minimum 3) **W 10,083**

1° IV

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

- dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants :
 - dépendance pour le critère se laver (score 4) et le critère s'habiller (score 4), et
 - dépendance pour le critère transfert et déplacements (score 4) et le critère aller à la toilette (score 4), et
 - dépendance pour le critère continence et pour le critère manger (pour laquelle un des deux critères obtient un score de 4, et l'autre un score de minimum 3)
- et qui répond à la définition du patient palliatif reprise au § 5bis, 1° **W 14,422**

2° II

425714 Honoraires forfaitaires, dits forfait C, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire le week-end dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants:

- dépendance pour le critère se laver (score 4) et le critère s'habiller (score 4), et
- dépendance pour le critère transfert et déplacements (score 4) et le critère aller à la toilette (score 4), et
- dépendance pour le critère continence et pour le critère manger (pour laquelle un des deux critères obtient un score de 4, et l'autre un score de minimum 3) **W 15,017**

2°, IV

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

- dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants :
 - dépendance pour le critère se laver (score 4) et le critère s'habiller (score 4), et
 - dépendance pour le critère transfert et déplacements (score 4) et le critère aller à la toilette (score 4), et
 - dépendance pour le critère continence et pour le critère manger (pour laquelle un des deux critères obtient un score de 4, et l'autre un score de minimum 3)
- et qui répond à la définition du patient palliatif reprise au § 5bis, 1° W 21,512

NPS Art. 8 §5

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

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

a) Se laver :

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

b) S'habiller :

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

c) Transfert et déplacements :

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

d) Aller à la toilette

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

e) Continence :

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

f) Manger :

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

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

a) les prestations de base visées à la rubrique I, A du § 1er, 1°, 2°, 3° et 4°;

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

c) tous les actes techniques de soins infirmiers visés à l'annexe 1 de l'arrêté royal du 18 juin 1990, portant fixation de la liste des prestations techniques de soins infirmiers et de la liste des actes pouvant être confiés par un médecin à des praticiens de l'art infirmier, ainsi que les modalités d'exécution relatives à ces

prestations et à ces actes et des conditions de qualification auxquelles les praticiens de l'art infirmier doivent répondre, qui ne sont pas repris à la rubrique I, B, à l'exception des prestations techniques spécifiques visées à la rubrique III du § 1er, 1°, 2° et 3°.

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

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

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

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

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

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

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

NPS Art. 8 §5bis

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

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

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

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

a) les prestations de base visées à la rubrique I, A du § 1er, 1°, 2°, 3° et 4°;

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

c) tous les actes techniques de soins infirmiers visés à l'annexe 1 de l'arrêté royal du 18 juin 1990, portant fixation de la liste des prestations techniques de soins infirmiers et de la liste des actes pouvant être confiés par un médecin à des praticiens de l'art infirmier, ainsi que les modalités

d'exécution relatives à ces prestations et à ces actes et des conditions de qualification auxquelles les praticiens de l'art infirmier doivent répondre, qui ne sont pas repris à la rubrique I, B, à l'exception des prestations techniques spécifiques visées à la rubrique III du § 1er, 1°, 2° et 3°;

d) les honoraires forfaitaires pour les prestations aux patients diabétiques, à l'exception des prestations 423216, 423231 et 423334 de la rubrique VI du § 1er, 1° et 2°.

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

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

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

a) garantisse la prise en charge permanente du patient (24 heures sur 24, 7 jours sur 7);

b) puisse faire appel à un praticien de l'art infirmier de référence avec connaissance en matière de soins palliatifs;

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

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

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

et

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

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

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

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

Arrêté Royal du 2 décembre 1999,

- art 3

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

- 1° qui souffre d'une ou plusieurs affections irréversibles;
- 2° dont l'évolution est défavorable, avec une détérioration sévère généralisée de sa situation physique/psychique;
- 3° chez qui des interventions thérapeutiques et la thérapie revalidante n'influencent plus cette évolution défavorable;
- 4° pour qui le pronostic de(s) l'affection(s) est mauvais et pour qui le décès est attendu dans un délai assez bref (espérance de vie de plus de 24 heures et de moins de trois mois);
- 5° ayant des besoins physiques, psychiques, sociaux et spirituels importants nécessitant un engagement soutenu et long; le cas échéant, il est fait appel à des intervenants possédant une qualification spécifique et à des moyens techniques appropriés;
- 6° ayant l'intention de mourir à domicile;
- 7° et **qui répond aux conditions mentionnées dans la formule annexée au présent arrêté.**"

- annexe 1

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

1.3.2. Prestations en cause

Les prestations en cause concernent un assuré, Monsieur F :

34 prestations 427011, W 14,422 Honoraires forfaitaires PC, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire en semaine (prestations effectuées du 10/05/2010 au 30/12/2010 et introduites au remboursement du 30/06/2010 au 31/01/2011).

27 prestations 427092, W 21,512 Honoraires forfaitaires PC, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire le week-end (prestations effectuées du 08/05/2010 au 01/01/2011 et introduites au remboursement du 30/06/2010 au 28/02/2011).

1.3.3. Argumentation

Le grief porte sur un surscorage de l'échelle de Katz, les infirmières contrôleuses ayant constaté que le patient, Monsieur F, ne répondait plus aux critères du patient palliatif (*pièce 128 - PV de constat visuel du 13 mars 2012*).

Lors de la première visite des infirmières-contrôleuses à l'assuré le 13/03/2012 à 10 heures 30, l'assuré était seul au domicile et est venu ouvrir la porte avec une tribune de marche. Il n'était pas appareillé d'un système d'oxygénothérapie (*pièce 128 - PV de constat visuel du 13 mars 2012*).

Le même jour, à 14 heures, les infirmières contrôleuses se sont de nouveau présentées au domicile de l'assuré. Il n'était toujours pas appareillé et est venu les retrouver dans la cuisine où a eu lieu l'audition. Il s'est déplacé seul à l'aide de sa tribune de marche (*pièce 128 - PV de constat visuel du 13 mars 2012*).

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

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

- Dans l'audition du 13/03/2012, Madame G., épouse de Monsieur F., a déclaré :
*"...Mon médecin traitant est le Docteur I. et également celui de mon mari. **Il vient systématiquement tous les 15 jours** et sur appel si nécessaire....
 L'équipe d'infirmières vient depuis 4 ans suite à une hospitalisation...
En principe, elles viennent 3 fois par jour et exceptionnellement 2 fois mais jamais la nuit. Ce sont elles qui organisent les 3 passages sur la journée. Ce n'est jamais sur appel...
Les infirmières font uniquement la toilette de mon mari. Il n'a aucun autre soin. Mon époux dort au rez-de-chaussée et moi, je dors à l'étage...
 Mon mari n'a pas de chaise roulante. **Il peut aller seul sur la chaise percée** qui se trouve juste à côté du lit.
 Son état s'est sensiblement aggravé depuis 2 ans. Il lui arrivait d'aller jusqu'au jardin mais toujours avec l'aide d'une tierce personne comme le kiné...
Je vous montre un cahier de coordination du groupement ... des services et soins à domicile de R. – S. – T. (U. ASBL ; INAMI : ...).
Seule la rubrique identité de l'infirmière est complétée et apparaissent les données des 3 infirmières : J. (...), K. (...) et L. (...) et apparaît l'identité du patient : Monsieur F.
Dans les communications interdisciplinaires apparaissent des observations des 3 infirmières à partir du 1^{er} février 2012 et il y a également 3 observations du médecin... » (*pièce n°113 à 127*).*

- Dans l'audition du 27/03/2012, le Docteur I., médecin traitant de Monsieur F. déclare :
*"... Sa dernière hospitalisation date de 2009 ...
 A ce moment, j'introduis la demande de forfait en février 2009 puis avril 2009....
 Pour moi, il pouvait **se laver le visage, les mains seul**. Quand je l'examine c'est moi qui le déshabille sinon cela prend trop de temps.
 Il se déplace jusqu'aux toilettes où il va seul. Il porte des langes : je ne connais pas la raison. Pour moi, **il pouvait manger seul** (on ne m'a pas dit le contraire).
 Vous me signalez qu'il n'y a plus de facturation kiné depuis septembre 2011.*

Je m'en étonne.

Quand j'ai reçu le rapport de l'hôpital, j'ai introduit la demande de forfait que j'avais reçue de l'infirmière (comme dans 99 % des cas)...

*Vous m'interpellez sur les **réunions multidisciplinaires**. Je vous réponds **n'en avoir jamais eues pour ce patient mais j'ai des contacts réguliers avec les infirmières et le kiné** (qui est mon beau-frère)..." (pièces n°62 à 71).*

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

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

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

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

1.3.4. Montant de l'indu

Le grief concerne :

34 prestations, de code 427011, W 14,422 Honoraires forfaitaires PC, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire en semaine, pour 1 assuré pour la période du 10/05/2010 au 30/12/2010 et introduites au remboursement du 30/06/2010 au 31/01/2011, alors qu'auraient dû être attestées 34 prestations, de code 425316, W 10,083, Honoraires forfaitaires, dits forfait C, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire en semaine.

L'indu différentiel pour l'assurance soins de santé est de 757,86 euros.

27 prestations, de code 427092, W 21,512 Honoraires forfaitaires PC, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire, le week-end pour 1 assuré pour la période du 08/05/2010 au 01/01/2011 et introduites au remboursement du 30/06/2010 au 28/02/2011, alors qu'auraient dû être attestées 27 prestations, de code 425714, W 15,017, Honoraires forfaitaires, dits forfait C, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire en semaine.

L'indu différentiel pour l'assurance soins de santé est de 900,90 euros.

Le montant total de l'indu différentiel au titre du 3^e grief s'élève à 1.658,76 €.

2. DISCUSSION

2.1. Quant au fondement des griefs

2.1.1. *Fondement du premier grief*

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

En effet, lors de son audition du 20 juin 2012, Madame A. a déclaré :

« Vous me parlez de Madame B. (...). Vous me remettez une échelle de Katz à compléter pour cette patiente (Annexe 2). Je la lavais complètement et l'habillais. Elle était incontinente accidentellement.

Elle était en forfait A. Vous me dites qu'un forfait B était porté en compte, je ne le savais pas.

J'allais le dimanche chez elle, je suis formelle. Je sais qu'il y a déjà eu des injections de NEUROBION mais pour une courte période.

*Je précise, quand je dis qu'elle était en forfait A, c'est, qu'à l'époque, je pensais qu'elle était en forfait A. **Après avoir rempli l'échelle de Katz, il s'avère qu'une toilette simple aurait dû être portée en compte** » (pièces n°39 à 60).*

Lors de l'enquête, Madame A. a donc évalué l'état de dépendance physique de Madame B. comme correspondant à une toilette simple, alors que les infirmières contrôleuses l'ont évalué comme correspondant à un forfait A. Elle a donc reconnu le surscorage de l'état de dépendance physique de Madame B..

A été retenu au procès-verbal de constat du 29 juin 2012 le déclassement du forfait B en forfait A.

✓ **La contestation du grief par Madame A.**

Dans le courrier en date du 5 décembre 2012 qu'elle a adressé au SECM par l'intermédiaire de son avocat, Maître N., en contestation du procès-verbal de constat du 29 juin 2012, et dans ses moyens de défense en date du 9 septembre 2013, Madame A. conteste le bien fondé de ce grief :

- Dans le courrier de contestation du PVC par Me N., il est précisé que :
 - Madame A. conteste l'exactitude de la teneur du procès-verbal d'audition du 20 juin 2012 : elle estime que ses déclarations n'ont pas été correctement transcrites. Le texte rédigé ne lui a été que partiellement relu avant signature.
 - Madame A. ne remplissait pas (elle ne complétait pas de manière manuscrite) les échelles de Katz mais **elle participait à leur élaboration.**
 - Elle donnait son avis en fin de tournée sur l'état des patients.
 - La situation des 3 patients visés au PVC du 29 juin 2012 s'arrête au 01.01.2011 et étaient donc antérieures à la directive applicable au 01.04.2011.
 - concernant le grief n°1, Mme A. pensait que la patiente était en forfait A et estime que ce forfait était correct suivant l'échelle de Katz qu'elle a remplie en la présence de l'infirmière contrôleuse. Retenir une toilette simple serait contradictoire avec ses explications antérieures.
- Dans ses moyens de défense en date du 09 septembre 2013, elle précise que :

- Il n'y a pas de prestations non effectuées : elle a effectué toutes les toilettes attestées.
- elle reconnaît devoir l'indu différentiel. Elle reconnaît avoir évalué son état de dépendance à une T7 lors de son audition. Elle note que l'infirmière contrôleuse a évalué un état de dépendance physique correspondant à un forfait A.
- toutefois, elle invoque le fait qu'elle n'est allée chez cette patiente que comme remplaçante. Elle dit en substance ne pas être allée chez cette patiente depuis plus d'un an et demi quand on lui a demandé lors de son audition de remplir une échelle de Katz, de sorte qu'elle n'était pas en mesure de se souvenir précisément de son état.
- elle conteste la manière dont Mme O. et Mme P. remplissaient les échelles de Katz, sans concertation.

✓ **Sur la teneur du procès-verbal d'audition**

La copie dactylographiée du PVA est certifiée conforme sur base du document original manuscrit. L'audition a été relue paragraphe par paragraphe et entièrement relue. Elle était informée en début d'audition de ses droits conformément aux articles 62 et 63 du CPS et à la fin a été en mesure d'ajouter quelque chose (elle a dit avoir fait preuve de trop de naïveté) (pièces n°39 à 60).

✓ **Sur le statut de remplaçante de Madame A.**

Madame A. s'est contredite à plusieurs reprises sur sa participation ou non à l'élaboration des échelles de Katz :

- lors de son audition, le 20 juin 2012, elle avait indiqué que :
« pendant la période où je travaillais avec Mesdames P. et O., je portais en compte mes prestations mais **je ne participais pas à l'élaboration de l'échelle de Katz et de ce qui était administratif.**
On se réunissait une fois par mois pour avoir une grille de prestations ; C'était K. et Q. qui remplissaient les échelles de Katz. Je n'avais aucun patient à mon nom » (pièces n°39 à 60).
- puis dans le courrier de son avocat, Me N., du 5 décembre 2012, il est précisé qu'elle participait à l'élaboration des échelles de Katz (pièces n°106 à 112) :
« si Madame A. ne remplissait pas – ne complétait pas manuscritement – les échelles de Katz, **elle participait à leur élaboration** ».
- Et à l'inverse, dans ses moyens de défense du 9 septembre 2013, elle sous-entend que Madame O. remplissait sans concertation les échelles de Katz et que, par nécessité de conserver son travail, elle ne contestait pas la manière dont l'évaluation était faite.

Si les déclarations de Madame A. sur sa participation ou non à l'élaboration des échelles de Katz des patients sont contradictoires, il n'en demeure pas moins qu'en tant que prestataire de soins, elle se devait d'attester le forfait correspondant à l'état de dépendance physique réel des patients à qui elle procurait les soins, peu importe que ses collègues effectuent un surscorage de cet état de dépendance.

Ainsi, la jurisprudence a déjà été amenée à considérer que le prestataire de soins, même remplaçant, était pleinement responsable de ce qu'il attestait. Il était question d'une pharmacienne titulaire suspendue par l'ordre. Elle avait engagé une remplaçante qui avait attesté les prestations au nom de la titulaire suspendue. Il était prouvé que la remplaçante avait

introduit les demandes de remboursement et avait apposé le cachet et ce sans que la titulaire le lui ait demandé. La titulaire n'avait pas à assumer la responsabilité des prestations que sa remplaçante avait attestées et introduites au remboursement en son nom (Chambre de recours instituée auprès de l'INAMI, n° de rôle FB-009-04, 27.03.2013 <http://inami.fgov.be/care/all/infos/jurisprudence/pdf/2013/20130327F01FR.pdf>).

Madame A. ne peut donc pas invoquer son statut de remplaçante pour justifier l'application d'un forfait B à Madame B..

✓ **Sur la circulaire n°2011/01**

La circulaire n°2011/01 sous références 1240/OMZ-CIRC/INF-11-1-f, entrée en vigueur le 1^{er} avril 2011, dont parle Madame A. dans son courrier du 5 décembre 2012, a repris le contenu de la circulaire n° 2006/3 sous références 1240/OMZ-CIRC/INF-06-3F datée du 01.06.2006, sauf en ce qui concerne le score 4 de l'item « transfert et déplacement », complété en 2011 par le texte suivant :

« Le patient qui bénéficie d'une voiturette électronique remboursée et qui y séjourne la plus grande partie de la journée, tant pour les déplacements intérieurs qu'extérieurs, obtient un score 4. Il s'agit d'un patient qui présente des difficultés complètes, démontrées et définitives de déplacement. Il ne peut se tenir debout ou marcher. Un transfert autonome de la voiturette vers une chaise, le fauteuil ou le lit ou inversement est impossible sans l'aide d'une tierce personne ».

Cette précision apportée par la circulaire de 2011 ne modifie en rien les directives applicables à l'évaluation de l'état de dépendance physique par Madame A..

✓ **Sur le déclassement du forfait B en forfait A**

Par ailleurs, concernant le grief en lui-même, Madame A. affirme, dans ses courriers, qu'elle pensait qu'était appliqué à Madame B. un forfait A et elle conteste un déclassement du forfait B en toilette simple, sur base de sa déclaration lors de son audition du 20 juin 2012, sans prêter attention au fait que le grief retenu dans le PVC consiste en un déclassement de forfait B en forfait A.

La contestation de Madame A. est donc finalement sans objet et le déclassement du forfait B en forfait A pour la période en cause est bien confirmé.

2.1.2. Fondement du deuxième grief

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

En effet, lors de son audition du 20 juin 2012, Madame A. a déclaré :

« Vous me parlez maintenant de Madame E. (...). Je me rappelle vaguement d'elle, je n'y allais pas souvent. Vous me remettez une échelle de Katz à compléter pour cette patiente (Annexe 3). Je la lavais complètement et l'habillais. Il y a eu des moments où on passait deux fois par jour. Elle mettait des bambinettes pour la nuit. C'est une toilette simple ». (pièces n°39 à 60)

Lors de son audition, Madame A. a donc évalué l'état de dépendance physique de Madame E. comme correspondant à une toilette simple.

C'est ce qui a été retenu par les infirmières contrôleuses.

✓ **La contestation du grief par Madame A.**

Dans son courrier en date du 5 décembre 2012 de contestation du PVC du 29 juin 2012 par l'intermédiaire de son avocat, Maître N. (*pièces n°106 à 112*), Madame A. conteste avoir déclaré, lors de son audition, qu'il s'agissait d'une toilette simple et maintient qu'il s'agissait d'un forfait A. Elle a indiqué ne pas être d'accord pour rembourser le différentiel entre le forfait B et une toilette mais l'était pour le différentiel entre le forfait B et le forfait A.

Dans ses moyens de défense en date du 9 septembre 2013, elle indique ne pas savoir combien de temps s'est écoulé entre son dernier contact avec la patiente et l'admission de cette dernière en MRPA. Elle ne se souvient plus avec précision quand la patiente a connu certains événements personnels (décès de son mari notamment). Elle se souvient qu'il y a eu fracture mais ne sait pas s'il y a eu hospitalisation. L'échelle de Katz aurait été remplie, comme pour Madame B., par Madame O. sans concertation avec Madame A..

✓ **La décision du fonctionnaire dirigeant**

Comme il a été vu pour le grief n°1, même en étant remplaçante, Madame A. était responsable de ce qu'elle attestait et qui devait correspondre à la réalité de l'état de dépendance physique des patients.

Toutefois, dans le courrier de son avocat en date du 5 décembre 2012 (*pièces n°106 à 112*), Madame A. a expressément accepté de rembourser volontairement le différentiel entre le forfait B et un forfait A, considérant que les soins qu'elle dispensait à Madame E. relevaient d'un forfait A et non d'une toilette simple.

Dans ces conditions, le surscorage de l'état de dépendance physique de Madame E. est clairement établi. Le fonctionnaire-dirigeant décide de retenir pour cette assurée un déclassement pour la période litigieuse d'un forfait B en forfait A.

De ce fait, l'indu différentiel retenu est de 512,90 € et non de 700,41 €.

2.1.3. Fondement du troisième grief

A plusieurs reprises, Madame A. a contesté le bien fondé de ce grief.

Lors de son audition du 20 juin 2012, Madame A. a déclaré :

« Monsieur. F a bénéficié de plusieurs passages de l'infirmière de la plate forme delta. (...)

Il était en décompensation respiratoire.

La personne qui travaillait le jour était rappelable la nuit.

Dans la période où je l'ai pris en charge, pour moi c'était un oiseau pour le chat, j'ai même cru qu'il allait mourir plusieurs fois. Il m'arrivait d'y passer plus que trois fois mais j'y passais minimum trois fois.

C'était K. qui me rappelait pour y passer. C'était K. le relais de l'épouse de Monsieur F. Tout passait par Madame P.

J'ai toujours connu Monsieur F. sous oxygène. Il était palliatif C. Il avait un urinal. Vous me remettez une échelle de Katz (annexe 1) à compléter pour la période de janvier 2009 à janvier 2011. Je ne me rappelle pas du médecin traitant. Je n'ai pas vu à cette époque la notification de soins palliatifs.

Il était incontinent mais on mettait quand même l'urinal. Il avait des protections jour et nuit et était incontinent urine et selles. Il y avait un laisser aller de sa part et un manque d'hygiène. Il avait perdu espoir. Son épouse et nous lui donnions à manger.

Pour moi un patient palliatif ne permet pas un espoir de guérison avec un décès endéans les cinq ans.

A ce moment-là, il ne bougeait que du lit au fauteuil. Il fallait une aide complète pour le laver et l'habiller.

*Pour le dossier infirmier chez le patient palliatif, je remplis une échelle de douleur et les symptômes au cahier de coordination et je privilégie la relation d'aide avec les patients. **Je suis parfois limitée avec l'administratif, je le reconnais. Dans le cadre de Monsieur F., vous me dites qu'il n'y a pas de notion de réunion pluridisciplinaire au cahier de coordination. Je n'ai pas souvenir de réunion pluridisciplinaire pour ce patient.***

***Je ne mettais pas les pseudo-codes car je n'étais pas au courant. J'ai fait preuve de naïveté »** (pièces n°39 à 60).*

Dans le courrier de son avocat en date du 5 décembre 2012 (pièces n°106 à 112), il est indiqué que Madame A. maintient que M. F. devait bénéficier du forfait soins palliatifs durant la période litigieuse et confirme les éléments qu'elle a déjà donnés à l'infirmière contrôleuse sur l'état dans lequel était le patient.

Il est également précisé qu'elle avait des entretiens téléphoniques réguliers avec le médecin, qu'elle croisait le kiné chez le patient et qu'elle ne posait pas d'actes nécessitant des pseudocodes.

Dans ses moyens de défense en date du 9 septembre 2013, Madame A. explique ne pas comprendre le grief, les soins palliatifs étant décidés par le médecin. Elle n'a rien décidé quant au placement en soins palliatifs. Sur l'absence des pseudo-codes, elle invoque le fait qu'elle commençait dans le domaine des soins à domicile et qu'on commençait à parler de l'obligation des pseudocodes. Elle n'était pas titulaire du patient et elle ne comprend pas pourquoi on conteste l'état palliatif du patient pour une période remontant à plus de deux ans, alors qu'il est toujours classé en soins palliatifs en juin 2012.

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

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

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

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

L'argument de Madame A. ne peut donc pas être retenu.

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

D'une part, Madame A. répond à la non-utilisation des pseudo-codes liée à l'attestation d'un forfait palliatif, en expliquant ne pas avoir eu connaissance de cette obligation.

D'autre part, elle répond à l'absence au dossier infirmier des mentions propres au patient palliatif en invoquant le fait d'avoir privilégié l'humain sur l'administratif.

Enfin, elle répond indirectement à la non-teneur de réunion interdisciplinaire par le fait qu'elle était en contact téléphonique avec le médecin et croisait le kiné chez le patient.

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

C'est pourquoi, la Nomenclature des prestations de santé conditionne le remboursement du forfait palliatif à l'accomplissement de ces formalités administratives (*NPS, art 8, § 5bis, 5° ; c et d*).

Or, ces oublis dans l'accomplissement des formalités administratives à eux-seuls justifient le déclassement du forfait palliatif en forfait C, l'infirmière ne pouvant pas attester un forfait palliatif sans accomplir ces formalités (*NPS, art 8, § 5bis, 5° ; d*).

Même si le caractère palliatif est à l'origine décidé par le médecin traitant, il n'empêche que les exigences de prise en charge doivent être respectées, ce qui n'était pas le cas.

Comme évoqué ci-dessus (cf paragraphe 2.1.1), chaque prestataire est responsable de ce qu'il porte en compte à son nom qu'il ait fait preuve d'ignorance ou non.

L'argumentation de Madame A. manque donc en droit.

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

2.2. Quant à l'indu

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

Grief	Résumé du grief	Codes NPS	Nbre prestations	Nbre cas	Indu	Remb. volontaire
1. Non conforme	Surscorage de l'échelle de Katz	425692, W10, 944	2	1	43,95 €	0
2. Non conforme	Surscorage de l'échelle de Katz	425294, W7, 371	9	1	512,90 €	0
		425692, W10, 944	16			
3. Non conforme	Application d'un forfait palliatif qui n'était plus justifié	427011, W14, 422 427092, W21, 512	34	1	1.658,76 €	0
	Aucune réunion interdisciplinaire		27			
	Dossier infirmier incomplet					
	Absence des pseudo-codes (patients)					

	palliatifs)					
				Totaux	2.215,61 €	0
				Indu résiduel	2.215,61 €	

Pour ces trois griefs, l'indu total est évalué à 2.215,61 €.

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

Eu égard au fait que les trois griefs ont été déclarés fondés, il y a lieu d'ordonner le remboursement de l'indu, en application de l'article 142, §1^{er}, 2^o de la loi ASSI, coordonnée le 14 juillet 1994, soit la somme de 2.215,61 €.

2.3. Quant à l'amende administrative

2.3.1. Quant au régime juridique de l'amende administrative

Plusieurs lois se sont succédé dans le temps :

1. A l'époque où les faits litigieux ont été commis, s'agissant de prestations de soins antérieures au 1^{er} juillet 2011, les mesures applicables pour des prestations non conformes étaient le remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé et/ou une amende administrative comprise entre 5 % et 150 % du montant de la valeur des prestations concernées (*article 73bis, 2^o, et article 142, §1^{er}, al.1^{er}, 2^o, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994*).
2. La loi du 6 juin 2010 introduisant le Code pénal social (M.b. du 1^{er} juillet 2010, p. 43.712), entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2011 (article 111 de la loi du 6 juin 2010), a toutefois introduit les modifications suivantes :
 - Sanction applicable aux dispensateurs de soins (article 225, 3^o du C.P.S.) : soit une amende pénale de 50 à 500 €, soit une amende administrative de 25 à 250 € (article 101 du CPS), à majorer des décimes additionnels (article 102 du CPS).
3. La loi du 15 février 2012 (M.b. du 8 mars 2012, p. 14.267) a toutefois abrogé l'article 225, 3^o du Code pénal social et a modifié l'article 169 de la loi ASSI coordonnée en précisant notamment que :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3.2. Quant à l'amende administrative retenue

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Elle aurait donc dû vérifier la concordance de l'état de dépendance physique des patients avec le forfait qu'elle attestait au lieu de poursuivre l'application du forfait générant le plus d'honoraires pour elle.

Par ailleurs, Madame A. avait reconnu les deux premiers surscorages de l'état de dépendance physique des patients, lors de son audition du 20 juin 2012 : force est de constater qu'elle n'a jamais commencé à rembourser volontairement l'indu.

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

Néanmoins, l'article 157, §1^{er} de la loi coordonnée 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.

Pour fixer le quantum de cette sanction, il convient cependant de tenir compte de l'absence d'antécédents dans le chef de l'intéressée. Cela justifie que la sanction soit 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 1.375 €, assortie d'une mesure de **sursis d'une durée de trois ans pour la moitié de celle-ci**. L'amende effective s'élève donc à 687,50 euros et l'amende assortie d'un sursis à 687,50 euros.

PAR CES MOTIFS,

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

APRES EN AVOIR DELIBERE,

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

- Déclare les trois griefs établis ;
- Condamne Madame A. à rembourser la valeur des prestations indues s'élevant à 2.215,61 € ;
- Condamne Madame A. à payer une amende de 1.375 €, dont la moitié est assortie d'un sursis de trois ans, soit une amende effective de 687,50 € et une amende assortie d'un sursis de 687,50 €

Ainsi décidé à Bruxelles, le 23-10-2013

Le Fonctionnaire – dirigeant,

Dr Bernard HEPP
Médecin-directeur général