

DÉCISION DU FONCTIONNAIRE-DIRIGEANT DU 26 SEPTEMBRE 2016
Numéro de rôle : BRS/F/16-010

Concerne : **Madame A.**
Praticienne de l'art infirmier
Et
la SPRL CABINET INFIRMIER 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.

I. CONTEXTE

Facturation

La facturation est réalisée à l'aide du logiciel INFIPLUS, agréé par l'INAMI, par Mme C., sœur de la prestataire.

Retards de facturation

Cette facturation est réalisée tardivement : travaillant tous les jours, Mme A. débordée par son travail, fit appel à sa sœur, Mme C.

Documents de facturation

Mme A. fournit les renseignements nécessaires à la facturation soit par écrit (prescriptions, post-it, ...), soit oralement. Il n'existe aucun agenda.

Attestations de soins

Les attestations de soins (ASD) sont rédigées au nom de la SPRL B., conformément à l'art. 6 § 1^{er} 2^o du RSS du 28/07/2003, elles sont signées par Mme A.

Envoi de la facturation

Mme C. envoie la tarification via MyCarenet : elle s'identifie avec la carte d'identité de la prestataire, Mme A.

Perception des remboursements des organismes assureurs

Les remboursements des organismes assureurs sont perçus par la SPRL B.

Attribution de la responsabilité de la facturation.

Compte tenu de ce qui précède, la responsabilité de toutes les mentions portées sur les ASD établies pour compte de la SPRL B. est attribuée à Mme A. en tant que d'une part, signataire des ASD et d'autre part, gérante unique de ladite société perceptrice des remboursements (Art 2, n de la LC).

En tant que société perceptrice des remboursements la SPRL B. est solidairement responsable au sens de l'article 164, al 2 de la LC.

II. GRIEFS FORMULES

4 griefs ont été formulés à l'encontre de 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. 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 ou fournies au sens de l'article 73bis 1°.

1.1. *Base légale et réglementaire*

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

C'est d'ailleurs la raison pour laquelle une « attestation de soins donnés » est établie et signée par le dispensateur de soins, selon la procédure définie à l'art. 53, alinéa 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. (...) »

L'article 8 § 3 1° 2°, § 4 1° 3°, § 5 3°, § 6 8° de la nomenclature des prestations de santé stipule :

"§ 3. Aucuns honoraires ne sont dus :

1° lorsque les prestations sont effectuées à des bénéficiaires hospitalisés, (...);

2° lorsqu'une allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière est accordée au bénéficiaire dans le cadre des dispositions visées à l'article 34, 11° et 12° de la loi coordonnée du 14 juillet 1994;

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

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

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

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

(...)

"§ 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° (...) 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° (...) ont été attestés, une toilette (prestations 425110, 425515 (...)) par journée de soins a été effectuée (...)"

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

(...)

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 habillement.

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

Une récente jurisprudence de la CR en date du 12/01/2012 (E/...) précise en outre ce que doivent comprendre ces soins d'hygiène :

« (...) Madame G. a signé et délivré des attestations de soins donnés pour des prestations qui requièrent la qualification d'infirmière au vu de l'article 8 de la nomenclature des soins de santé, (...)

(...) La toilette doit comprendre l'ensemble des soins infirmiers se rapportant à la globalité des soins d'hygiène y compris préventif; elle se complète, le cas échéant par la mobilisation du patient. La toilette doit comprendre les soins d'hygiène, soit le bain, les soins de bouche, des dents, des ongles et de la chevelure.

En d'autres termes, la toilette doit être complète. (...) »

1.2. Prestations en cause

En l'espèce il s'agit de prestations de l'article 8 § 1^{er} 1^o II, 2^o I II de la nomenclature, portées en compte au nom de 9 assurés.

Prestations attestées dans 9 cas au cours de la période du 01/01/2014 au 30/09/2014, introduites au remboursement du 28/04/2014 au 30/11/2014			
"SECTION 4. - Soins donnés par infirmières graduées ou assimilées, accoucheuses, infirmières brevetées, hospitalières/assistantes en soins hospitaliers ou assimilées."			
"Art. 8. § 1^{er}. Les prestations suivantes sont considérées comme des prestations qui requièrent la qualification d'infirmière graduée ou assimilée, d'accoucheuse, d'infirmière brevetée, d'hospitalière/assistante en soins hospitaliers ou assimilée, appelées ci-après praticiens de l'art infirmier (W). (...)."			
"1^o Prestations effectuées au cours d'une séance de soins infirmiers au domicile ou à la résidence du bénéficiaire."			
I. Séance de soins infirmiers.			
A. Prestation de base.			
425014	Première prestation de base de la journée de soins	W	0,879
425036	Deuxième prestation de base de la journée de soins	W	0,879
425051	Troisième prestation de base ou plus de la journée de soins	W	0,879
B. Prestations techniques de soins infirmiers."			
425110	Soins d'hygiène (toilettes)	W	1,167
423076	Administration de médicaments par voie intramusculaire, sous-cutanée ou hypodermique	W	0,484
423091	Administration de médicaments par voie intramusculaire, sous-cutanée, hypodermique ou intraveineuse, en plusieurs sites d'injection	W	0,508
424351	Soins de plaie(s) complexes	W	1,759
"II. Honoraires forfaitaires par journée de soins pour des patients lourdement dépendants."			
425272	Honoraires forfaitaires, dits forfait A, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants: - dépendance pour le critère se laver et le critère s'habiller (score 3 ou 4), et - dépendance pour le critère transfert et déplacements et/ou le critère aller à la toilette (score 3 ou 4)	W	3,825
"VI. Honoraires forfaitaires pour les prestations dispensées aux patients diabétiques."			
423231	Honoraire de suivi pour l'accompagnement, par un infirmier référent, d'un patient diabétique qui ne passe pas aux soins autonomes	W	0,070
"2^o Prestations effectuées au cours d'une séance de soins infirmiers durant le week-end ou un jour férié au domicile ou à la résidence du bénéficiaire."			
I. Séance de soins infirmiers.			
A. Prestation de base.			
425412	Première prestation de base de la journée de soins	W	1,206
425434	Deuxième prestation de base de la journée de soins	W	1,206
425456	Troisième prestation de base ou plus de la journée de soins	W	1,206
B. Prestations techniques de soins infirmiers."			
425515	Soins d'hygiène (toilettes)	W	1,754
423275	Administration de médicaments par voie intramusculaire, sous-cutanée ou hypodermique	W	0,730
423290	Administration de médicaments par voie intramusculaire, sous-cutanée, hypodermique ou intraveineuse, en plusieurs sites d'injection	W	0,766
424513	Soins de plaie(s) complexes	W	2,562
"II. Honoraires forfaitaires par journée de soins pour des patients lourdement dépendants."			
425670	Honoraires forfaitaires, dits forfait A, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants: - dépendance pour le critère se laver et le critère s'habiller (score 3 ou 4), et - dépendance pour le critère transfert et déplacements et/ou le critère aller à la toilette (score 3 ou 4)	W	5,710
"VI. Honoraires forfaitaires pour les prestations dispensées aux patients diabétiques."			
423334	Honoraire de suivi pour l'accompagnement, par un infirmier référent, d'un patient diabétique qui ne passe pas aux soins autonomes	W	0,070

1.3. Fondement du grief

Le grief se fonde :

- sur l'analyse des données informatisées transmises et authentifiées par les différents organismes assureurs conformément au prescrit de l'article 138 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, sur l'analyse de prescriptions médicales transmises par les OA,
- sur l'analyse du listing PHARMANET transmis par un pharmacien-inspecteur, sur l'analyse de délivrances pharmaceutiques transmis par un pharmacien,
- sur des documents transmis par un OA qui précise que des prestations de soins infirmiers ont été remboursées conjointement aux prestations attestées par un établissement hospitalier et/ou une maison de repos ainsi que sur les déclarations des bénéficiaires ou de tiers privilégiés.

1.4. Nombre d'assurés et nombre de prestations

L'infraction a été constatée dans **9 cas d'assurés**, pour la période de prestations du 01/01/2014 au 30/09/2014 et d'introduction à l'OA du 28/04/2014 au 30/11/2014.

Le grief est formulé pour **2.660 prestations** pour un indu est de 14.702,52 €, réparties comme suit :

- 271 prestations 423076 W0,484 (injection semaine), 90 prestations 423231 W0,070 (honoraire suivi diabétique (...) semaine), 142 prestations 423275 W0,730 (injection WE ou jour férié), 3 prestations 423290 W0,766 (injection WE ou jour férié en plusieurs sites), 50 prestations 423334 W0,070 (honoraire suivi diabétique (...)WE ou jour férié), 3 prestations 424351 W1,759 (soins de plaie(s) complexes semaine), 3 prestations 424513 W2,562 (soins de plaie(s) complexes WE ou jour férié), 209 prestations 425014 W0,879 (1^{ère} prestation de base semaine), 151 prestations 425036 W0,879 (2^{ème} prestation de base semaine), 15 prestations 425051 W0,879 (3^{ème} prestation de base semaine), 134 prestations 425110 W1,167 (soins d'hygiène (toilettes) semaine), 326 prestations 425272 W3,825 (forfait A semaine), 141 prestations 425412 W1,206 (1^{ère} prestation de base WE ou jour férié), 75 prestations 425434 W1,206 (2^{ème} prestation de base WE ou jour férié), 75 prestations 425434 W1,206 (2^{ème} prestation de base WE ou jour férié), 10 prestations 425456 W1,206 (3^{ème} prestation de base WE ou jour férié), 176 prestations 425515 W1,754 (soins d'hygiène (toilettes) WE ou jour férié) et 150 prestations 425670 W5,71 (forfait A WE ou jour férié), soit 1949 prestations à concurrence d'un indu total de 12.896,95 €.
- 125 prestations 423076 W0,484 (injection semaine), 108 prestations 423091 W0,508 (injection semaine en plusieurs sites), 54 prestations 423275 W0,730 (injection WE ou jour férié), 45 prestations 423290 W0,766 (injection WE ou jour férié en plusieurs sites), 109 prestations 425036 W0,879 (2^{ème} prestation de base semaine), 109 prestations 425051 W0,879 (3^{ème} prestation de base semaine), 71 prestations 425110 W1,167 (soins d'hygiène (toilettes) semaine), 45 prestations 425434 W1,206 (2^{ème} prestation de base WE ou jour férié), 45 prestations 425456 W1,206 (3^{ème} prestation de base WE ou jour férié), soit 711 prestations à concurrence d'un indu par différence de 1.832,57 €.

CAS	ASSURÉ	423076	423091	423231	423275	423290	423334	424351	424513	425014	425036	425051	425110	425272	425412	425434	425456	425515	425670	INDU		
																				TOTAL	PAR DIFFÉRENCE	
1	D.	20			10										35			39			562,50 €	
2	E.	10			7																44,59 €	
3	F.													146					67		3.159,03 €	
4	G.								119			119		56				56			1.374,17 €	
5	H.	174		87	88		44		87	87	15	15		44	44	7	7				1.508,66 €	
		1								1	1											4,34 €
6	I.																	74			580,90 €	
													71									366,36 €
7	J.	67		3	37	3	6	3	3	3	64				6	31	3				598,46 €	
		124	108		54	45					108	108				45	45					1.461,87 €
8	K.													166						77	4.746,86 €	
9	L.													14						6	294,78 €	
TOTAUX		396	108	90	196	48	50	3	3	209	260	124	205	326	141	120	55	176	150		12.869,95 €	1.832,57 €
		2660																		14.702,52 €		

1.5. Indu 1er grief : 14.702,52

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 présente loi, dans ses arrêtés et règlements d'exécution les conventions et accords conclus en vertu de cette même loi, au sens de l'article 73bis 2°, à savoir la facturation de prestations en violation de l'article 8 § 2 (prestations non prescrites) et de l'article 8 § 4 5° de la nomenclature (fractionnement des séances de soins).

Ces faits relèvent des dispositions de l'article 142, § 1^{er}, 2° de la LC.

En l'espèce, il s'agit d'une part de prestations de l'article 8 §1^{er} 1° VI, 2° VI portées en compte à l'assurance soins de santé au nom de 2 assurés alors qu'elles n'étaient pas couvertes par une prescription médicale comme le prévoit l'article 8 § 2 et d'autre part, de prestations de l'article 8 §1^{er} 1° I B, 2° I B portées en compte au nom d'une assurée, alors que le libellé de la prescription médicale ne spécifiait pas le moment du soin et l'obligation d'étaler les séances.

2.1. Base légale du grief

La base légale du grief repose sur le fait qu'une prestation de soins infirmiers, en l'occurrence un honoraire forfaitaire pour des prestations dispensées aux patients diabétiques, ne peut être remboursée que si elle a été prescrite par un médecin.

A ce propos, l'article 8 § 2 stipule :

"§ 2. Précisions relatives à la prescription :

Les prestations suivantes ne sont remboursées que si elles ont été prescrites par un médecin :"

(...)

"- (...) les honoraires de suivi pour l'accompagnement infirmier des patients diabétiques qui ne passent pas aux soins autonomes (423231 et 423334);"

"Cette prescription doit mentionner la nature des prestations, leur nombre et leur fréquence. Elle ne peut être limitée à la seule mention du numéro de nomenclature, mais doit contenir les données nécessaires pour identifier les soins portés en compte. (...)"

La base légale du grief repose aussi sur le fait que par journée de soins, les séances de soins ne peuvent être étalées que pour une raison précisée sur la prescription médicale.

A ce propos, l'article 8 § 4 5° stipule :

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

(...)

"5° Les soins ne peuvent être étalés sur plusieurs séances de soins par le praticien de l'art infirmier que pour des raisons médicales figurant sur la prescription."

2.2. Prestations en cause

Les prestations en cause relèvent de l'article 8, §1^{er}, de la nomenclature des prestations de santé.

Prestations attestées dans 2 cas au cours de la période du 01/01/2014 au 30/09/2014, introduites au remboursement du 30/04/2014 au 30/11/2014			
"SECTION 4. - Soins donnés par infirmières graduées ou assimilées, accoucheuses, infirmières brevetées, hospitalières/assistantes en soins hospitaliers ou assimilées."			
"Art. 8. § 1^{er}. Les prestations suivantes sont considérées comme des prestations qui requièrent la qualification d'infirmière graduée ou assimilée, d'accoucheuse, d'infirmière brevetée, d'hospitalière/assistante en soins hospitaliers ou assimilée, appelées ci-après praticiens de l'art infirmier (W). (...)."			
"1° Prestations effectuées au cours d'une séance de soins infirmiers au domicile ou à la résidence du bénéficiaire.			
I. Séance de soins infirmiers.			
A. Prestation de base.			
425036	Deuxième prestation de base de la journée de soins	W	0,879
"VI. Honoraires forfaitaires pour les prestations dispensées aux patients diabétiques.			
423231	Honoraire de suivi pour l'accompagnement, par un infirmier référent, d'un patient diabétique qui ne passe pas aux soins autonomes	W	0,070
"2° Prestations effectuées au cours d'une séance de soins infirmiers durant le week-end ou un jour férié au domicile ou à la résidence du bénéficiaire.			
I. Séance de soins infirmiers.			
A. Prestation de base.			
425434	Deuxième prestation de base de la journée de soins	W	1,206
"VI. Honoraires forfaitaires pour les prestations dispensées aux patients diabétiques.			
423334	Honoraire de suivi pour l'accompagnement, par un infirmier référent, d'un patient diabétique qui ne passe pas aux soins autonomes	W	0,070

2.3. Fondement du grief

Le grief se fonde sur la lecture des prescriptions médicales reçues des organismes assureurs et l'analyse des données informatisées transmises et authentifiées par les différents organismes assureurs conformément au prescrit de l'article 138 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

2.4. Assurés et nombre de prestations

L'infraction a été constatée dans 2 cas d'assurés, pour la période de prestations du 01/01/2014 au 30/09/2014 et d'introduction à l'OA du 30/04/2014 au 30/11/2014.

Le grief est formulé à titre principal pour 562 prestations, pour un indu de 240,61 €, réparties comme suit :

- 373 prestations 423231 W0,070 (honoraire suivi diabétique (...) semaine), 164 prestations 423334 W0,070 (honoraire suivi diabétique (...)WE ou jour férié), soit 537 prestations à concurrence d'un indu total de 166,47 €.
- 16 prestations 425036 W0,879 (2^{ème} prestation de base semaine), 9 prestations 425434 W1,206 (2^{ème} prestation de base WE ou jour férié), soit 25 prestations à concurrence d'un indu par différence de 74,14 €.

CAS	ASSURÉ	423231	423334	425036	425434	INDU TOTAL	INDU PAR DIFFÉRENCE
1	I.	188	85			84,63 €	
2	J.	185	79			81,84 €	
				16	9		74,14 €
	Sous- totaux	373	164	16	9	166,47 €	74,14 €
	TOTAUX			562			240,61 €

Le grief est formulé à titre subsidiaire pour 15 prestations, à savoir 3 prestations 423231 W0,070 (honoraire suivi diabétique (...) semaine), 6 prestations 423334 W0,070 (honoraire suivi diabétique (...)WE ou jour férié), 3 prestations 425036 W0,879 (2^{ème} prestation de base semaine), 3 prestations 425434 W1,206 (2^{ème} prestation de base WE ou jour férié). L'indu résiduel est de 0,00 € (indu récupéré sous le grief n° 1)

A TITRE SUBSIDIAIRE		
Prestations déjà retenues à titre principal sous le grief 1		
Prestation	Nbre prestations.	Indu résiduel
423231	3	
423334	6	
425036	3	
425434	3	
Totaux	15	0,00 €

2.5. Indu 2^{ème} grief : 240,61 €,

3. Grief n° 3

Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer les documents réglementaires visés dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans la présente loi, ses arrêtés d'exécution ou les conventions ou accords conclus en vertu de cette même loi, au sens de l'article 73bis, 2°, s'agissant d'honoraires forfaitaires visés à la rubrique II du § 1er, 1° et 2° de l'article 8 de la nomenclature non attestables en ce sens que les conditions prévues à l'article 8, § 5, 1° de la nomenclature relatives au degré de dépendance physique n'étaient pas remplies.

En l'espèce il s'agit d'un cas pour lequel l'évaluation du degré de dépendance effectuée par le Service a démontré une surévaluation des critères de l'échelle d'évaluation, ayant entraîné de ce fait une facturation de forfaits A non attestables.

3.1. Base légale

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

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

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

Se laver

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

S'habiller

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

c) Transfert et déplacements

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

d) Aller à la toilette

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

e) Continence

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

f) Manger

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

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

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

Se laver

1. Est capable de se laver complètement sans aucune aide

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

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

Il existe deux possibilités:

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

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

Il existe deux possibilités:

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

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

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

S'habiller

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

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

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

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

Il existe deux possibilités:

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

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

Il existe trois possibilités:

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

3.2. Prestations en cause

Prestations attestées dans 1 cas au cours de la période du 01/06/2014 au 30/09/2014, introduites au remboursement du 31/08/2014 au 30/11/2014

SECTION 4. - Soins donnés par infirmières graduées ou assimilées, accoucheuses, infirmières brevetées, hospitalières/assistantes en soins hospitaliers ou assimilées. **Art. 8. § 1^{er}.** Les prestations suivantes sont considérées comme des prestations qui requièrent la qualification d'infirmière graduée ou assimilée, d'accoucheuse, d'infirmière brevetée, d'hospitalière/assistante en soins hospitaliers ou assimilée, appelées ci-après praticiens de l'art infirmier (W).

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

I. Séance de soins infirmiers.

"II. Honoraires forfaitaires par journée de soins pour des patients lourdement dépendants."

425272	Honoraires forfaitaires, dits forfait A, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants: - dépendance pour le critère se laver et le critère s'habiller (score 3 ou 4), et - dépendance pour le critère transfert et déplacements et/ou le critère aller à la toilette (score 3 ou 4)	W	3,825
"2° Prestations effectuées au cours d'une séance de soins infirmiers durant le week-end ou un jour férié au domicile ou à la résidence du bénéficiaire.			
"II. Honoraires forfaitaires par journée de soins pour des patients lourdement dépendants."			
425670	Honoraires forfaitaires, dits forfait A, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants: - dépendance pour le critère se laver et le critère s'habiller (score 3 ou 4), et - dépendance pour le critère transfert et déplacements et/ou le critère aller à la toilette (score 3 ou 4)	W	5,710

3.3. Fondement du grief

Le grief se fonde d'une part sur la déclaration conjointe d'une assurée et de sa fille et d'autre part, sur l'analyse des données informatisées transmises et authentifiées par les différents organismes assureurs conformément au prescrit de l'article 138 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

3.4. Assuré et nombre de prestations

L'infraction a été constatée pour 1 cas d'assuré, pour la période de prestations du 01/06/2014 au 30/09/2014 et d'introduction à l'OA du 31/08/2014 au 30/11/2014.

Le grief est formulé à titre principal pour 115 prestations, à savoir 79 prestations 425272 W3,825 (forfait A semaine et 36 prestations 425670 W5,710 (forfait A WE ou jour férié), à concurrence d'un montant de 1.704,48 €.

Toutefois, 230 prestations auraient pu être portées en compte, à savoir 79 prestations 425014 W0,879 (1^{ère} prestation de base semaine), 79 prestations 425110 W1,167 (soins d'hygiène (toilettes) semaine), 36 prestations 425515 W1,754 (soins d'hygiène (toilettes) WE ou jour férié), à concurrence d'un montant de 900,57 €.

L'indu par différence s'élève donc à 1.704,48 € - 900,57 € = 803,91 €.

CAS	NOM PRÉNOM	425272	425670	INDU PAR DIFFÉRENCE
1	L.	79	36	803,91 €
TOTAUX			115	803,91 €

Le grief est formulé à titre subsidiaire pour 7 prestations, à savoir 5 prestations 425272 W3,825 (forfait A semaine et 2 prestations 425670 W5,710 (forfait A WE ou jour férié), à concurrence d'un montant de 1.704,48 €. L'indu résiduel est de 0,00 € (indu récupéré sous le grief n° 1)

3.5. Indu 3^{ème} grief : 803,91 €.

4. Grief n° 4

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 au sens de l'article 73bis, 2° ; à savoir : des prestations portées en compte alors que la condition de remboursement reprise à l'article 8, § 3, 5° de la nomenclature n'était pas satisfaite.

Le grief est formulé à titre d'exemple, pour 1 assurée et pendant 1 mois.

Il s'agit de prestations de soins infirmiers portées en compte alors que le dossier infirmier ne répond pas aux conditions de remboursement exigées par l'article 8, § 3 5° de la nomenclature.

4.1. Base légale

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

Art. 8, § 3, 5° :

"§ 3. Aucuns honoraires ne sont dus :

(...)

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

Art. 8, § 4, 1°, 2° :

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

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

- l'observation globale du bénéficiaire;
- le planning et l'évaluation des soins;
- l'accompagnement sanitaire du bénéficiaire et de son entourage;
- **la tenue complète d'un dossier infirmier;**
- (...)

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

- les données d'identification du bénéficiaire;
- (...)
- **le contenu de la prescription telle que prévue au § 2 (copie ou transcription de la prescription en cas de dossier automatisé)** chaque fois que la nomenclature l'exige;
- **les données d'identification du prescripteur** chaque fois que la nomenclature l'exige;
- **l'identification des soins infirmiers effectués au cours de chaque journée de soins;**
- l'identification des praticiens de l'art infirmier qui ont dispensés ces soins;
- (...)

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

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

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

Lorsque les soins infirmiers dispensés au bénéficiaire comportent des soins de plaie(s) complexes, décrits au § 8, 1° de cet article, (...) le contenu minimal du dossier infirmier comporte alors, en plus des éléments des deux premiers alinéas de cette disposition, également :

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

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

Lorsque les soins infirmiers dispensés au bénéficiaire comportent (...) des soins de plaie(s) spécifiques, décrits au § 8, 1° de cet article ou d'autres prestations décrites au § 1^{er}, 1°, (...) VI (...) I et au § 1^{er}, 2°, (...) et VI, (...), le contenu minimal du dossier infirmier comporte alors, en plus des éléments des deux premiers alinéas de cette disposition, également :

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

Dans les hypothèses visées à l'alinéa 6, par dérogation à l'alinéa 3 et à l'exception des prestations du § 1^{er}, 1°, VI (...), et du § 1^{er}, 2°, VI, les éléments relevant concernant la planification et l'évaluation des soins mentionnées dans le deuxième alinéa doivent être mentionnés au moins chaque semaine dans le dossier infirmier.

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

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

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

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

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

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

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

"5° Les soins ne peuvent être étalés sur plusieurs séances de soins par le praticien de l'art infirmier que pour des raisons médicales figurant sur la prescription."

Art. 8 § 2 :

"§ 2. Précisions relatives à la prescription :

Les prestations suivantes ne sont remboursées que si elles ont été prescrites par un médecin :"

(...)

"- les honoraires forfaitaires pour l'éducation individuelle des patients diabétiques aux soins autonomes (423150) et à la compréhension (423194), le forfait pour le suivi des patients diabétiques après l'éducation aux soins autonomes (423216) et **les honoraires de suivi pour l'accompagnement infirmier des patients diabétiques qui ne passent pas aux soins autonomes (423231 et 423334);"**

"Cette prescription doit mentionner la nature des prestations, leur nombre et leur fréquence. Elle ne peut être limitée à la seule mention du numéro de nomenclature, mais doit contenir les données nécessaires pour identifier les soins portés en compte. (...)

"Lorsqu'il s'agit de l'administration de médicaments et de solutions médicamenteuses, la prescription doit en outre mentionner la nature et la dose des produits à administrer.

Lorsqu'il s'agit d'une alimentation parentérale ou entérale ou de perfusions, la prescription doit en outre mentionner le débit et la quantité par 24 heures."

"Les prescriptions en matière de soins de plaie(s) comportent les éléments supplémentaires suivants :

- la description de la plaie;
- la fréquence maximale des soins;
- la posologie des médicaments à appliquer;
- la période pendant laquelle la plaie doit être soignée."

Art. 8 § 5ter :

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

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

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

b) "infirmier référent" : le praticien de l'art infirmier qui soigne habituellement le patient et qui effectue l'injection d'insuline ou le praticien de l'art infirmier qu'il désigne pour le remplacer;

(...)

9° Les prestations 423231 et 423334 peuvent uniquement être attestées à la condition que l'accompagnement infirmier ait lieu selon un planning des soins approuvé et actualisé par le médecin traitant et qui répond à une directive fixée par le Comité de l'assurance soins de santé sur proposition de la Commission de convention praticiens de l'art infirmier - organismes assureurs. Elles ne peuvent être attestées qu'une fois par jour, et uniquement les jours où une injection d'insuline est effectuée. (...)

Art. 8 § 8 :

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

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

- "soins de plaie(s) simples" : tous les soins de plaie(s) qui ne tombent pas sous la notion "soins de plaie(s) complexes" ou "soins de plaie(s) spécifiques", notamment l'application de pansements sur un soin de plaie simple et l'ablation de fils ou d'agrafes;

- "**soins de plaie(s) complexes**" : les soins de :

- plaie(s) avec drain avec/sans aspiration;
- plaie(s) avec méchage et/ou irrigation;
- plaie(s) avec broche ou fixateur externe;
- deux plaies simples ou davantage;
- brûlure(s) au deuxième ou troisième degré, **ulcère(s)**, greffe(s), escarre(s) d'une superficie de moins de 60 cm²;
- stomie(s) après colostomie, gastrostomie, iléostomie, cystostomie, urétérostomie ou trachéostomie;

- "soins de plaie(s) spécifiques" :

- les soins de brûlure(s) au deuxième ou troisième degré ou de greffe(s) d'une superficie de 60 cm² ou plus;
- les soins d'ulcère(s) d'une superficie de 60 cm² ou plus;
- les soins d'escarre(s) profonde(s) atteignant les tendons et les os;
- le débridement d'escarre(s) de décubitus.

(...)

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

En outre, le Service Soins de Santé a diffusé par le biais de circulaires, une directive relative aux honoraires forfaitaires pour les prestations dispensées aux patients diabétiques, une directive relative aux soins de plaies, une directive concernant le contenu de la planification et de l'évaluation

En ce qui concerne la directive relative aux honoraires forfaitaires des prestations dispensées aux patients diabétiques :

Cette directive a été diffusée par le biais de la circulaire n° 2003/2 datée du 24 juin 2003, sous références 1240/OMZ-CIRC/INF-03-2-F, sous l'annexe 2.

Pour ce qui concerne les prestations 423231 et 423334 attestées, cette directive énonce :

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

(...)

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

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

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

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

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

(...)

En ce qui concerne la directive relative aux soins de plaie(s) :

Cette directive a été diffusée par le biais de la circulaire n° 2003/2 datée du 24 juin 2003, sous références 1240/OMZ-CIRC/INF-03-2-F, sous l'annexe 2.

Cette directive énonce :

Directives relatives aux soins de plaie(s)

1. Directives relatives au contenu du dossier infirmier en matière de soins complexes et spécifiques de plaie(s)

Ce dossier fait partie intégrante du dossier infirmier et comprend l'anamnèse infirmière, le jugement clinique du praticien de l'art infirmier (diagnostics infirmiers), le plan de soins (interventions infirmières) et l'évaluation des résultats.

L'anamnèse infirmière comprend les éléments suivants :

- Date de l'anamnèse infirmière
- Données d'identification du patient
- Médecin généraliste : données d'identification
- Médecin spécialiste : données d'identification
- Infirmier(ère) référent(e) : données d'identification
- Infirmier(ère) relais en soins de plaie(s) : données d'identification
- Antécédents médicaux et chirurgicaux qui peuvent avoir une influence sur la plaie, si données médicales à ce sujet disponibles
- Allergies :
 - cutanée
 - médicamenteuse: si données médicales à ce sujet disponibles (nom du médecin et date à laquelle les données ont été obtenues)
 - alimentaire
- Facteurs aggravants ou potentiellement aggravants :
 - état nutritionnel
 - état d'hydratation
 - d'origine médicale (par exemple : insuffisance cardiaque, artérite, ...)
 - d'origine thérapeutique (par exemple : médicaments anti-inflammatoires et anti-infectieux, chimiothérapie, ...)
 - perte de mobilité
 - autres (à spécifier)
- Situation familiale
 - Isolé
 - Vit en famille
- Personne(s) de contact pour le patient : données d'identification

• **Le jugement clinique (diagnostic infirmier) comprend les éléments suivants :**

• **Description de la (des) plaie(s)**

- nombre de plaies
- localisation de la (des) plaie(s)
- origine de la (des) plaie(s) et date d'apparition de la (des) plaie(s)
- type de plaie(s)
 - plaie(s) avec drain avec/sans aspiration
 - plaie(s) avec méchage et/ou irrigation
 - plaie(s) avec broche ou fixateur externe
 - deux plaies simples ou davantage
 - brûlure(s) du deuxième ou du troisième degré, ulcère(s), greffon(s), escarre(s) avec une surface de moins de 60 cm²
 - stomie(s) après colostomie, gastrostomie, iléostomie, cystostomie, urétérostomie ou trachéostomie
 - brûlure(s) du deuxième ou du troisième degré ou greffon(s) avec une surface de 60 cm² ou plus
 - ulcère(s) avec une surface de 60 cm² ou plus
 - escarre(s) profonde(s) touchant les tendons et les os
 - débridement d'escarre(s)

• **Evaluation de la (des) plaie(s)**

- dimensions (profondeur, largeur, longueur)
- stade de cicatrisation de la plaie (rose, rouge, jaune, noire)
- exsudat (0, +, ++, +++)
- contours de la plaie
- douleur (aiguë ou chronique)

• **Le plan de soins comprend :**

• **La planification des interventions infirmières**

• **Le traitement locale de la (des) plaies**

- nature
- fréquence
- répartition des soins pendant la journée
- nettoyage de la plaie et produits utilisés
- moyen de recouvrement
- moyens de fixation
- moyens de compression

• **L'évaluation du résultat du traitement**

• (...)

En ce qui concerne la directive relative au contenu de la planification et de l'évaluation:

Cette directive a été diffusée par le biais de la circulaire n° 2012/1, sous l'annexe 1.

Cette directive énonce :

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

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

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

Contenu du dossier infirmier

La circulaire n° 2012/01 datée du 29 mai 2012, envoyée sous références 1240/OMZ-CIRC/INF-12-1-f, indique le contenu minimal du dossier infirmier dans le tableau ci-après.

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

4.2. Prestations en cause

Les prestations en cause relèvent de l'article 8, §1^{er}, de la nomenclature des prestations de santé.

Prestations attestées dans 1 cas au cours de la période du 01/07/2014 au 31/07/2014, introduites au remboursement le 30/09/2014			
"SECTION 4. - Soins donnés par infirmières graduées ou assimilées, accoucheuses, infirmières brevetées, hospitalières/assistantes en soins hospitaliers ou assimilées."			
"Art. 8. § 1^{er}. Les prestations suivantes sont considérées comme des prestations qui requièrent la qualification d'infirmière graduée ou assimilée, d'accoucheuse, d'infirmière brevetée, d'hospitalière/assistante en soins hospitaliers ou assimilée, appelées ci-après praticiens de l'art infirmier (W). (...)."			
"1° Prestations effectuées au cours d'une séance de soins infirmiers au domicile ou à la résidence du bénéficiaire.			
I. Séance de soins infirmiers.			
A. Prestation de base.			
425014	Première prestation de base de la journée de soins	W	0,879
425036	Deuxième prestation de base de la journée de soins	W	0,879

425051	Troisième prestation de base ou plus de la journée de soins	W	0,879
B. Prestations techniques de soins infirmiers."			
425110	Soins d'hygiène (toilettes)	W	1,167
423076	Administration de médicaments par voie intramusculaire, sous-cutanée ou hypodermique	W	0,484
423091	Administration de médicaments par voie intramusculaire, sous-cutanée, hypodermique ou intraveineuse, en plusieurs sites d'injection	W	0,508
424351	Soins de plaie(s) complexes	W	1,759
"II. Honoraires forfaitaires par journée de soins pour des patients lourdement dépendants."			
425272	Honoraires forfaitaires, dits forfait A, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants: - dépendance pour le critère se laver et le critère s'habiller (score 3 ou 4), et - dépendance pour le critère transfert et déplacements et/ou le critère aller à la toilette (score 3 ou 4)	W	3,825
"VI. Honoraires forfaitaires pour les prestations dispensées aux patients diabétiques.			
423231	Honoraire de suivi pour l'accompagnement, par un infirmier référent, d'un patient diabétique qui ne passe pas aux soins autonomes	W	0,070
"2° Prestations effectuées au cours d'une séance de soins infirmiers durant le week-end ou un jour férié au domicile ou à la résidence du bénéficiaire.			
I. Séance de soins infirmiers.			
A. Prestation de base.			
425412	Première prestation de base de la journée de soins	W	1,206
425434	Deuxième prestation de base de la journée de soins	W	1,206
425456	Troisième prestation de base ou plus de la journée de soins	W	1,206
B. Prestations techniques de soins infirmiers."			
425515	Soins d'hygiène (toilettes)	W	1,754
423275	Administration de médicaments par voie intramusculaire, sous-cutanée ou hypodermique	W	0,730
423290	Administration de médicaments par voie intramusculaire, sous-cutanée, hypodermique ou intraveineuse, en plusieurs sites d'injection	W	0,766
"II. Honoraires forfaitaires par journée de soins pour des patients lourdement dépendants."			
425670	Honoraires forfaitaires, dits forfait A, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants: - dépendance pour le critère se laver et le critère s'habiller (score 3 ou 4), et - dépendance pour le critère transfert et déplacements et/ou le critère aller à la toilette (score 3 ou 4)	W	5,710
"VI. Honoraires forfaitaires pour les prestations dispensées aux patients diabétiques.			
423334	Honoraire de suivi pour l'accompagnement, par un infirmier référent, d'un patient diabétique qui ne passe pas aux soins autonomes	W	0,070

4.3. Fondement du grief

Le grief se fonde sur l'audition de Mme A. du 17/07/2015 qui précise ne pas détenir de dossier pour l'assurée.

4.4. Assuré et nombre de prestations

L'infraction a été constatée pour 1 cas d'assuré, pour la période de prestations du 01/07/2014 au 31/07/2014 et d'introduction à l'OA le 30/09/2014.

Le grief est formulé à titre principal : pour 58 prestations, à savoir 19 prestations 423076 W0,484 (injection semaine), 6 prestations 423275 W0,730 (injection WE ou jour férié), 6 prestations 424351 W1,759 (soins de plaie(s) complexes semaine), 2 prestations 424513 W2,562 (soins de plaie(s) complexes WE ou jour férié), 19 prestations 425014 W0,879 (1^{ère}

prestation de base semaine), 6 prestations 425412 W1,206 (1^{ère} prestation de base WE ou jour férié), à concurrence d'un indu total de 178,74 €.

CAS	NOM PRÉNOM	423076	423275	424351	424513	425014	425412	INDU TOTAL
1	J.	19	6	6	2	19	6	178,74 €
TOTALS		19	6	6	2	19	6	178,74 €
								58

Le grief est formulé à titre subsidiaire : pour 111 prestations, à savoir 25 prestations 423076 W0,484 (injection semaine), 22 prestations 423231 W0,070 (honoraire suivi diabétique (...) semaine), 12 prestations 423275 W0,730 (injection WE ou jour férié), 9 prestations 423334 W0,070 (honoraire suivi diabétique (...)WE ou jour férié), 3 prestations 424351 W1,759 (soins de plaie(s) complexes semaine), 3 prestations 424513 W2,562 (soins de plaie(s) complexes WE ou jour férié), 3 prestations 425014 W0,879 (1^{ère} prestation de base semaine), 22 prestations 425036 W0,879 (2^{ème} prestation de base semaine), 3 prestations 425412 W1,206 (1^{ère} prestation de base WE ou jour férié), 9 prestations 425434 W1,206 (2^{ème} prestation de base WE ou jour férié). L'indu résiduel est de 0,00 € (indu récupéré sous les griefs n° 1 et 2)

4.5. Indu 4^{ème} grief : 178,74 €.

II. DISCUSSION

1. REMARQUE DE PORTEE GENERALE POUR TOUS LES GRIEFS.

Bien que plusieurs fois invitée à faire valoir sa position et ses justifications concernant les différents griefs, Mme A. n'a été entendue qu'une seule fois (PVA du 17/07/2015); elle n'a ensuite ni répondu aux sollicitations téléphoniques du SECM, ni au courrier joint à l'envoi du PVC.

Mode opératoire :

Les contacts avaient majoritairement eu lieu par communication téléphonique : le SECM laissait un message sur la boîte vocale du GSM de Mme A. en demandant de le rappeler.

C'est ainsi que l'unique audition de Mme A. du 17/07/2015 put être fixée : Mme A. demanda à sa sœur, qui effectue sa facturation, de prendre RV pour l'audition.

En date des 4 et 7 août 2015, le SECM contacte à nouveau Mme A., sur la boîte vocale de son GSM, en demandant encore de le rappeler.

10/08/2015 : par courriel, Mme A. désire postposer le rendez-vous en septembre en raison de la chaleur (des patients vont moins bien) et d'un surcroît de travail .

10/08/2015 : SECM répond qu'elle sera convoquée ultérieurement

21/08/2015 : par courrier, le SECM propose 2 dates de rendez-vous à la prestataire.

13/09/2015 : par courrier, Mme A. s'excuse de ne pouvoir répondre à la convocation et décrit une de ses journées de travail.

12/10/2015 : le SECM laisse à nouveau un message sur la boîte vocale du GSM de Mme A. en demandant de le recontacter.

Mme A. n'a pas donné suite à ce dernier message et dès lors, le SECM envoya les PVC datés du 09/10/2015 ainsi que leurs annexes, par RP le 14/10/2015.

Tous ces documents furent retirés par Mme A. le 29/10/2015 mais celle-ci ne répondit pas au courrier joint à l'envoi du PVC.

Par lettre recommandée du 27/04/2016 Madame A. s'est vue notifiée la note de synthèse ainsi qu'une lettre lui demandant de faire parvenir ses moyens de défense ;

Ce courrier est revenu avec la mention « envoi non réclamé » et Madame A. n'a jamais fait parvenir de moyens de défense ;

Un courrier ordinaire lui transmettant copie du courrier recommandé du 27/04/2016 lui fût dès lors adressé en date du 23/05/2016.

2. QUANT AU FONDEMENT DES GRIEFS

Il y a tout d'abord lieu de faire remarquer que Madame A. n'a pas formellement contesté les griefs lors de l'enquête, qu'elle n'a pas jugé utile de répondre aux différentes convocations du SECM et que, ni elle, ni la SPRL B., n'ont communiqué de moyens de défense.

Les griefs sont donc incontestablement établis au regard des éléments repris notamment dans la note de synthèse précitée.

3. QUANT A L'INDU

Le grief a entraîné des débours indus dans le chef de l'assurance obligatoire soins de santé pour un montant total de 15.925,78 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 ASSI, soit la somme de 15.925,78 euros.

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

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

Le Fonctionnaire-dirigeant constate qu'à ce jour, ni Madame A., ni la SPRL B., n'ont procédé au remboursement de cette somme de 15.925,78 euros.

4. SUR LE PLAN DE L'AMENDE ADMINISTRATIVE

4.1. Quant au régime juridique de l'amende administrative

L'article 142, §1^{er}, 1° de la loi ASSI prévoit, pour les prestations non effectuées (grief 1), une amende administrative comprise entre 50% et 200% du montant du remboursement.

L'article 142, §1^{er}, 2° de la loi ASSI prévoit, pour les prestations non conformes (griefs 2 à 4), une amende administrative comprise entre 5% et 150% du montant du remboursement.

4.2. En l'espèce

Des sanctions s'imposent afin de rappeler à Madame A. les obligations qui s'imposent à elle en tant que collaboratrice 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 la connaissance de la réglementation qui leur est applicable.

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

En l'espèce, le 1^{er} grief a engendré à lui seul un indu de 14.702,52 €, ce qui est considérable.

Quant aux griefs de non-conformité, le législateur a encadré de manière très précise les possibilités d'attester des soins infirmiers.

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.

Dans ces conditions, et au regard de l'expérience de Madame A. dans le domaine des soins infirmiers (diplômée en 1987), il convient de prononcer des amendes administrative à sa charge.

Vu ce qui précède, le Fonctionnaire-dirigeant estime justifiée une amende administrative égale à :

- 150% de la valeur des remboursements indus, soit la somme de 23.888,67 euros, pour les griefs 1 à 4;

Toutefois, l'article 157, §1^{er} de la loi ASSI 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'antécédents dans le chef de Madame A. et du fait que les manquements doivent être considérés comme l'expression d'une grande désorganisation administrative plutôt que comme celle d'une volonté de lucre, le Fonctionnaire-dirigeant assortit la sanction d'une mesure de sursis :

- À hauteur du tiers de l'amende concernant les griefs 1 à 4, soit une amende effective de 100 % des prestations reprochées (15.925,78 euros) et une amende avec sursis de 50 % des prestations reprochées (7.962,89 euros).

5. LA DEMANDE AU TITRE DES INTERETS SUR LA SOMME DES PRESTATIONS INDUMENT ATTESTEES

L'article 156, §1^{er}, alinéa 2 de la loi ASSI coordonnée (tel que modifié par l'article 26, 1°, de la loi du 17 juillet 2015 portant des dispositions diverses en matière de santé, M.B. du 17 août 2015) dispose que :

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

Les sommes dues sont payées dans les trente jours de la notification des décisions visées à l'alinéa 1^{er}. A défaut de paiement dans ce délai, les sommes restant dues produisent, de plein droit, des intérêts au taux d'intérêt légal en matière sociale, tel que prévu à l'article 2, § 3, de la loi du 5 mai 1865 relative au prêt à intérêt, à compter de l'expiration de ce délai ».

En conséquence, les sommes non payées dans le délai de 30 jours suivant la notification de la décision du Fonctionnaire-dirigeant, seront de plein droit majorées d'intérêts moratoires à compter de l'expiration de ce délai et ce jusqu'au complet paiement des sommes dues.

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 SPRL B. à rembourser la valeur des prestations indues s'élevant à **15.925,78 €** ;
- Condamne Madame A. à payer une amende de 150% du montant des prestations reprochées sous les griefs 1 à 4 (23.888,65 €) dont un tiers assorti d'un sursis de trois années, soit une amende effective de **15.925,78 €** et une amende de 7.962,89 € assortie d'un sursis de trois 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 26 septembre 2016

Le Fonctionnaire – dirigeant,

Dr Bernard HEPP
Médecin-directeur général