

DECISION DU FONCTIONNAIRE-DIRIGEANT DU 20 MARS 2020

Concerne : **Madame A.**

Infirmiers gradués et assimilés

SPRL B.

Société dont la dissolution a été prononcée par ... par jugement du ... et dont le liquidateur est Maître C, avocat.

BRS/F/19-013

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

Deux griefs ont été formulés (voir pour le détail la note de synthèse précitée) concernant Madame A. et la SPRL B., 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 :

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

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

1.1 Grief 1 : les dossiers infirmiers ne contiennent pas le contenu minimal.

1.1.1 Base réglementaire

Art. 8, § 3, 5° de la NPS :

"§ 3. Aucuns honoraires ne sont dus :

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

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

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^o et 4^o."

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

"- les données d'identification du bénéficiaire;

- l'échelle d'évaluation telle que prévue au § 5 chaque fois que la nomenclature l'exige.

- le contenu de la prescription telle que prévue au § 2 (copie ou transcription de la prescription en cas de dossier automatisé) chaque fois que la nomenclature l'exige;

- les données d'identification du prescripteur chaque fois que la nomenclature l'exige;

- la planification et l'évaluation des soins;

- l'identification des soins infirmiers effectués au cours de chaque journée de soins;

- l'identification des praticiens de l'art infirmier qui ont dispensé ces soins.

- la mention relative à la continence visée au § 6, 4^o, chaque fois que la nomenclature l'exige (...).

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

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

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

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

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

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

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

(...)

« §5 Précisions relatives aux honoraires forfaitaires ... :

"3° b) le praticien de l'art infirmier tient un dossier qui correspond aux dispositions du § 4, 2^o;"

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

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

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

Le 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.

Schéma du contenu minimal

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

1.1.2 Prestations en cause

425014	Première prestation de base de la journée de soins	W0,879
425412	Première prestation de base de la journée de soins WE	W1,206
425110	Soins d'hygiène (toilettes)	W1,167
425515	Soins d'hygiène (toilettes) WE	W1,754
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:	W3,825

- 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)

425670 Honoraires forfaitaires WE, 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) W5,710

426635 pseudocode

426731 pseudocode

1.1.3 Position et justifications du dispensateur de soins

Madame A. a déclaré le 04/10/2017:

« ... Il y a des dossiers chez les patients. Chez quelques patients je n'arrive pas à récupérer les dossiers. Quand les soins sont arrêtés, parfois je ne les récupérais pas. Le dossier se trouve chez le patient, pas chez moi à domicile... »

Les dossiers qui ont été remis contiennent :

1. Une feuille de 'renseignements patient'
2. Informations de départ : soins
 - Hygiène/Habillement/Mobilisation/Élimination/Accès veineux
 - Alimentation et hydratation/Condition psychique/Escarres/Isolement
 - Pansements/Allergies
 - Informations concernant la prise des médicaments
 - Info complémentaire
3. Dossier partagé :
 - Histoire de la maladie/Antécédents médicaux et chirurgicaux/Allergies
 - Anamnèse
 - Diagnostique infirmier
 - Objectif de soins
 - Plan de soins
 - Séance éducative
 - Échelle de Norton
 - Prévention d'escarres

1.1.4 **Argumentation**

Cinq dossiers ont été demandés et ont été remis.

Ce sont des dossiers prêts à l'emploi, à remplir à la main.

3 dossiers contiennent uniquement les feuilles de 'renseignements patient' et 'informations de départ : soins',

2 dossiers contiennent en plus le 'dossier partagé'.

Uniquement la feuille de renseignement patient est datée.

Nulle part on peut voir quel prestataire a effectué quels soins. Il n'y a pas d'évaluation.

Pour le travail avec des aides-soignantes, les visites de contrôles obligatoires ne sont pas notées dans les dossiers.

1.1.5 **Conclusion :**

4 assurés

520 prestations ventilées comme dans le tableau ci-dessous

Pour un montant total de 2.408,35€

Date des prestations : du 01/11/2016 jusqu'au 31/01/2017

Date d'introduction aux organismes assureurs (OA) : du 30/11/2016 au 28/02/2017

Données tableau anonymisées

Pas de remboursement volontaire.

1.2 **Grief 2 : le degré requis de la dépendance physique (échelle de Katz) n'était pas atteint pour attester des honoraires forfaitaires.**

1.2.1 **Base réglementaire du grief**

L'article 8 § 1 – 1° II et 2° II de la nomenclature des prestations de soins (A.R. 14/09/1984) dit :

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

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:

" 425272

- 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 "

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

" 425294

- 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 "

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

" 425316

- 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 "

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

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:

" 425670

- 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

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

425692

- 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 "

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

425714

- 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 "

1.2.2 Position et justifications du dispensateur de soins

Madame A. a déclaré le 04/10/2017:

« Les échelles des Katz, c'est moi qui les remplis. Vous me demandez si je connais les directives. Je vous dis oui. J'ai suivi une formation chez ... l'année passée.

Pendant cette réunion on a commencé à avoir des doutes si on scorait correctement... »

1.2.3 Argumentation

Madame A. est au courant de l'existence des directives suite à une formation chez Son interprétation n'est pas toujours correcte.

Pour 4 patients, les forfaits ont été surscorés.

1 FB → FA : item contesté : manger

1 FA → T2 : items contestés : s'habiller et transferts/déplacements

2 FA → T7 : items contestés : transferts/déplacements et aller à la toilette.

Les critères « **transfert et déplacement** » et « **aller à la toilette** » sont les points charnières pour arriver à un forfait A et forment la base pour un forfait B.

Le critère « **manger** » est le point charnière pour arriver un forfait B.

Parce que Mme A. a déclaré être d'accord avec les remarques du SECM, les médecins traitants n'ont pas été auditionnés.

L'argumentation détaillée des patients concernés se trouve dans le volet « discussion des cas ».

1.2.4 **Conclusion**

4 assurés :

2.019 prestations

Montant total attesté : 19.457,67€

Montant à attester : 8.193,24€

Indu différentiel : 11.264,43€.

Données tableau anonymisées.

Date des prestations : 01/12/2014 jusqu'au 31/10/2016

Date d'introduction aux OA : du 07/01/2015 au 30/11/2016

Pas de remboursement volontaire.

1.3 **Tableau synoptique**

Grief	Nombre d'assurés	Nombre de prestations	Montant attesté	Montant à attester	Différence
1.Dossiers infirmiers	4	520	2.408,35€	0	2.408,35€
2.Surscorages	4	2.019	19.457,67€	8.193,24€	11.264,43€
Total		2.539	21.866,02€	8.193,24€	13.672,78€

Pour l'ensemble de ces griefs, l'indu total a été évalué à **13.672,78€.**

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

2 **DISCUSSION**

2.1. Quant au bien fondé du 1er grief

Le grief 1 repose sur :

- l'examen des dossiers infirmiers demandés à Mme A. et qu'elle a fournis au Service ;
- les déclarations de Mme A. lors de son audition du 04/10/2017.

Il a été demandé à Mme A. des moyens de défense par courrier recommandé du 24/10/2019.

Aucun moyen de défense n'est parvenu au Service.

Compte tenu de ce qui précède, le grief est établi.

2.2. Quant au bien fondé du 2e grief

Le grief 2 repose sur :

- les déclarations des assurés ou des proches des assurés ;
- les déclarations de Mme A., lors de son audition du 04/10/2017, au sujet de chaque cas d'assuré évoqué par le Service.

En outre, Mme A. a déclaré être d'accord avec les remarques du SECM, lors de son audition 04/10/2017, et a dit:

« Les échelles des Katz, c'est moi qui les remplis. Vous me demandez si je connais les directives. Je vous dis oui. J'ai suivi une formation chez ... l'année passée.

Pendant cette réunion on a commencé à avoir des doutes si on scorait correctement... »

Il a été demandé à Mme A. des moyens de défense par courrier recommandé du 24/10/2019.

Aucun moyen de défense n'est parvenu au Service.

Compte tenu de ce qui précède, le grief est établi.

2.3. Quant à l'indu

Les deux griefs ont entraîné des débours dans le chef de l'assurance obligatoire soins de santé pour un montant de **13.672,78 €.**

Mme A. n'a pas contesté le montant de l'indu retenu par le SECM.

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

Il y a lieu d'ordonner que Mme A. procède au remboursement de l'indu, en application de l'article 142, §1^{er}, 2° de la loi ASSI, soit la somme de **13.672,78€.**

Compte tenu du fait que les remboursements ont été perçus par la SPRL B., le SECM devrait demander qu'il soit fait application de l'article 164, alinéa 2, de la loi SSI, et qu'en conséquence, la SPRL B. soit condamnée solidairement au remboursement de l'indu, soit la somme de 13.672,78 €.

2.4. Quant à l'amende

2.4.1. Quant au régime juridique de l'amende

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

2.4.2. En l'espèce

Une sanction s'impose afin de rappeler à Mme A. les obligations qui s'imposent à elle en tant que collaborateur de l'assurance obligatoire soins de santé.

Concernant l'attestation de prestations non conformes, le législateur a encadré de manière très précise, par exemple, la nécessité de se conformer aux exigences de la nomenclature notamment pour évaluer l'état de dépendance physique d'un assuré, afin d'éviter les abus.

Les règles de la Nomenclature des prestations de santé sont de stricte interprétation et doivent être appliquées rigoureusement¹ 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 soins².

Le respect des formalités administratives prévues par la réglementation est un des fondements de ce rapport de confiance².

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.

Par exemple, en ne respectant pas la réglementation relative à l'évaluation de l'état de dépendance physique des assurés ou en ne remplissant pas les dossiers infirmiers conformément aux exigences de la nomenclature, Mme A. a manqué à ses obligations légales en tant que dispensateur de soins.

Dans ces conditions, au regard de ces éléments, mais aussi de l'expérience de Madame A. (près de 15 ans au moment des faits), de la longue durée de la période infractionnelle (22 mois), du montant de l'indu (13.672,78 €), et, enfin, du nombre élevé des prestations reprochées (2.539 prestations), il convient de prononcer une amende administrative à charge de Madame A., au titre des prestations non conformes, qui soit portée à un montant élevé (100% de la valeur des prestations induit attestées), soit une amende effective de 13.672,78 €.

¹ Cass. 20/11/2017, C.15.02132.N.

² C. arb. 30/10/2001, n°26/2002 ; C. arb. 30/01/2002, n°98/2002 ; C. arb. 12/03/2003, n°31/2003 ; C. const. 31/01/2019, n°15/2019

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 établis les griefs reprochés, à Madame A. et à la SPRL B., au terme du PVC du 06/11/2017, notifié le 07/11/2017 ;
- Condamne Madame A. et la SPRL B. à rembourser la valeur des prestations indues s'élevant à 13.672,78 € (Loi ASSI, art. 142, §1^{er}, 2^o et art. 164 al. 2) ;
- Condamne Mme A. à payer une amende de 100% du montant de la valeur des prestations indument attestées à charge de l'assurance soins de santé, soit la somme de 13.672,78 € (Loi ASSI, art. 142, §1^{er}, 2^o) ;
- 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 Fonctionnaire-dirigeant f.f.,