

**DECISION DU FONCTIONNAIRE-DIRIGEANT DU 25 OCTOBRE 2024
BRS/F/24-014**

Concerne : **Madame A.**

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) concernant Madame A., suite à l'enquête menée par les inspecteurs du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI.

En résumé, il lui est reproché :

1.1. Grief 1 – Prestations non-conformes – surcotation échelle de Katz

Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer les documents réglementaires précités lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans la présente loi, dans ses arrêtés et règlements d'exécution, dans les conventions et accords conclus en vertu de cette même loi et/ou lorsque des prestations visées à l'article 34 ont été prescrites durant une période d'interdiction temporaire ou définitive d'exercice de la profession.

Infraction visée à l'art. 73 bis 2° de la Loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 (LC).

En l'espèce, il s'agit de prestations de l'article 8, § 1er, 1°, II et 2°, II de la nomenclature des prestations de santé (NPS), portées en compte au nom de 5 assurées alors qu'elles n'étaient pas attestables en ce sens que le degré de dépendance requis par le libellé des prestations litigieuses et défini à l'article 8, § 5, 1° de la nomenclature n'était pas atteint.

La période des prestations litigieuses s'étend du 01/08/2019 au 29/04/2021 ; réception par les organismes assureurs du 02/09/2019 au 02/05/2021.

1.1.1. Base légale et/ou réglementaire du grief

Il est renvoyé à l'art. 8, §4, §5, §6 et §8, 8° de la NPS (cf pages 9 à 11 de la note de synthèse).

Les directives pour l'utilisation de l'échelle d'évaluation (circulaire n° 2011/1 sous références 1240/OMZ-CIRC/INF-11-1-f, d'application depuis le 1er avril 2011) donnent des précisions sur ces dispositions réglementaires (cf pages 11 à 15 de la note de synthèse).

1.1.2. Prestations en cause

N° code de prestation	Lettre-clé et coefficient	Libellé court	Date d'entrée en vigueur
425272	W 3,825	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)	01/10/2005
425294	W 7,371	Honoraires forfaitaires, dits forfait B, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants: - dépendance pour le critère se laver et le critère s'habiller (score 3 ou 4), et - dépendance pour le critère transfert et déplacements et le critère aller à la toilette (score 3 ou 4), et - dépendance pour le critère continence et/ou pour le critère manger (score 3 ou 4)	01/06/1997
425316	W 10,083	Honoraires forfaitaires, dits forfait C, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants: - dépendance pour le critère se laver (score 4) et le critère s'habiller (score 4), et - dépendance pour le critère transfert et déplacements (score 4) et le critère aller à la toilette (score 4), et - dépendance pour le critère continence et pour le critère manger (pour laquelle un des deux critères obtient un score de 4, et l'autre un score de minimum 3)	01/07/1999
425670	W 5,710	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)	01/06/1997
425692	W 10,944	Honoraires forfaitaires, dits forfait B, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants: - dépendance pour le critère se laver et le critère s'habiller (score 3 ou 4), et - dépendance pour le critère transfert et déplacements et le critère aller à la toilette (score 3 ou 4), et - dépendance pour le critère continence et/ou pour le critère manger (score 3 ou 4)	01/06/1997
425714	W 15,017	Honoraires forfaitaires, dits forfait C, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins	01/07/1999

		infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants: - dépendance pour le critère se laver (score 4) et le critère s'habiller (score 4), et - dépendance pour le critère transfert et déplacements (score 4) et le critère aller à la toilette (score 4), et - dépendance pour le critère continence et pour le critère manger (pour laquelle un des deux critères obtient un score de 4, et l'autre un score de minimum 3)	
419274	W 0,637	Montant complémentaire au Forfait A / Forfait PA	01/03/2020 date de suppression le 01/09/2020
419296	W 0,776	Montant complémentaire au Forfait B / Forfait PB	01/03/2020 date de suppression le 01/09/2020
419311	W 1,109	Montant complémentaire au Forfait C / Forfait PC	01/03/2020 date de suppression le 01/09/2020

1.1.3. Argumentation

Le grief se fonde sur :

- L'analyse des données authentifiées ;
- Les cotations des échelles d'évaluation introduites aux OA ;
- Les déclarations d'assurés ou de témoins (enfant, médecin traitant) ;
- Les déclarations de Madame A. en date du 10/06/2022 ;
- Les Directives pour l'utilisation de l'échelle d'évaluation d'application depuis le 1er avril 2011.

Lors de son audition, en date du 10/06/2022, Madame A. déclare :

« B. : Nous convenons que les questions posées par Madame B. seront précédées des initiales « B. », les questions posées par Madame C. seront précédées des initiales « C. » et les réponses de Madame A. seront précédées de « A. ».(...)»

B. : Avez-vous votre propre patientèle ?

A. : je n'ai que 4 -5 patients (D., E. qui est décédée, F. qui est en maison de repos, G.) dans ma tournée depuis 3 ans. Je fais des remplacements pour Madame H. essentiellement. J'ai travaillé aussi pour I. 2 mois par l'intermédiaire de Madame J., de mémoire. Je n'ai jamais rencontré madame I.(...)

B. : Faites-vous uniquement des remplacements ? Travaillez-vous avec d'autres infirmières? Si oui, combien ?

A. : *je remplace essentiellement Madame H.. Madame J. n'avait qu'une patiente Madame K., sa voisine, que je l'ai remplacée quand elle était en congé.*

B. : *comment s'organisent les remplacements ?*

A. : *Madame H. me demandait de reprendre des patients de sa tournée quand elle avait besoin de se faire remplacer et comme je vous l'ai dit précédemment, je faisais mes 4- 5 patients en plus. Il n'y a pas de règles établies. On essaie d'adapter notre horaire du domicile selon l'horaire de la maison de repos.(...)*

B. : *Comment transmettez-vous les informations à votre société de tarification?*

A. : *que ce soit pour Messieurs L et M., je leur communique les informations concernant l'état du patient (s'ils sont valides, continent etc) et ils évaluent les scores et donc complète les échelles de Katz. Je ne leur communique jamais les scores. Ceci est valable pour ma propre patientèle. Pour les patients de Madame H., elle leur envoie les échelles de Katz par mail. Je ne vois pas les échelles des patients que Madame H. leur envoient.*

En résumé, c'est L. et M. qui complètent les échelles de Katz.

Je ne signe pas les échelles de Katz.

B. : *Qui complète les échelles de Katz ? Comment et à quelle fréquence ?*

A. : *comme je vous l'ai dit plus haut, je donne les informations à mes tarificateurs et eux les complètent et les signent à mon nom. Vous me montrez l'annexe 3 et je la reconnais. L. m'appelait pour m'avertir que l'échelle arrivait à échéance. Parfois, lors d'un retour d'hospitalisation, je transmettais les informations à M. pour qu'il puisse changer l'échelle si nécessaire.*

B. : *Connaissez-vous les « Directives pour l'utilisation de l'échelle d'évaluation, d'application à partir du 1er avril 2011 », je vous en donne une copie et vous invite à les utiliser ?*

A. : *j'ignorais ces Directives.*

B. : *Si vous constatez un changement dans l'état de dépendance d'un patient, comment faites-vous passer l'information à l'infirmière titulaire du patient? Comment vous assurez-vous que le changement est effectué ?*

A. : *je transmettais les informations à L. et à M. pour mes propres patients. Pour les patients de Madame H., elle voyait elle-même les changements d'état de dépendance de ses patients et en plus, on s'appelait régulièrement pour signifier la dégradation ou l'amélioration de l'état de dépendance des patients. Quand je signifiais à Madame H. une dégradation chez madame N. par exemple, c'était plus dans le but de réadapter les soins quotidiens et éventuellement l'échelle. Il ne m'arrivait jamais de compléter les échelles avec Madame H. H. les complétait et les signait elle-même. Il m'arrivait parfois de découvrir qu'un patient était en forfait.(...) »*

Il est important de préciser qu'il n'existe aucun dossier infirmier complet permettant de confirmer ou d'infirmer la réalisation des soins attestés.

1.1.4. Position et justifications du dispensateur de soins

La prestataire a souhaité être entendue suite à l'envoi de son PVC et souhaitait discuter des cas de 2 assurées pour lesquels elle n'était pas d'accord avec la décotation établie par le SECM.

La prestataire a été entendue en date du 09/09/2022. Lors de cette audition, la prestataire n'a pas apporté de nouveaux éléments permettant de réévaluer les échelles de dépendance de ces 2 assurées et de revoir le grief formulé dans le PVC.

La prestataire n'a émis aucune remarque concernant les autres assurées.

1.1.5. Conclusion

Le SECM maintient le grief tel qu'il l'a établi.

Ce grief concerne 5 assurées pour 871 prestations, pour la période de prestations du 01/08/2019 au 29/04/2021, et de réception aux OA du 02/09/2019 au 02/05/2021, à concurrence d'un indu total de 2.216,59 € et d'un indu différentiel de 11.085,27 €, soit un montant total de 13.301,86 €.

1.2. Grief 2 – Prestations non-conformes – Dossier infirmier incomplet

Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer les documents réglementaires précités lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans la présente loi, dans ses arrêtés et règlements d'exécution, dans les conventions et accords conclus en vertu de cette même loi et/ou lorsque des prestations visées à l'article 34 ont été prescrites durant une période d'interdiction temporaire ou définitive d'exercice de la profession.

Infraction visée à l'art. 73 bis 2° de la Loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 (LC).

En l'espèce, il s'agit de prestations de l'article 8, § 1er, 1°, I, II et 2°, I, II de la nomenclature des prestations de santé (NPS), portées en compte au nom de 7 assurées alors que le dossier infirmier ne correspond pas aux exigences du même article 8 §3, 5° de la NPS.

Ce grief est établi à titre exemplatif pour une période de 3 mois que le SECM a fixé pour la période du 01/01/2020 au 31/03/2020 (prestations réceptionnées par les OA du 02/01/2020 au 02/04/2020). Cependant, les remarques formulées pour ce grief sont valables pour toute la période contrôlée.

1.2.1. Base légale et/ou réglementaire du grief

Le grief repose sur l'article 8, §3, 5°, §4, §1° et 2°, §5, 3°b, §6, 4° de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé (NPS) en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (le libellé complet de ces dispositions est repris de la page 19 à la page 21 de la note de synthèse).

La lettre circulaire aux praticiens de l'art infirmier 2012/01 datée du 29/05/2012 portant la référence 1240/OMZ-CIRC/INF-12-1-f et l'annexe 1 de la directive du 23 mai 2011 concernant le contenu de la planification et de l'évaluation comportent des éléments relatifs au dossier infirmier (cf pages 21-22 de la note de synthèse).

1.2.2. Prestations en cause

N° code de prestation	Lettre-clé et coefficient	Libellé court	Date d'entrée en vigueur
425014	W 0,879	Première prestation de base de la journée de soins, semaine	01/06/1997
425110	W 1,167	Soins d'hygiène (toilettes), semaine	01/06/1997
425272	W 3,825	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)	01/10/2005
425294	W 7,371	Honoraires forfaitaires, dits forfait B, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants: - dépendance pour le critère se laver et le critère s'habiller (score 3 ou 4), et - dépendance pour le critère transfert et déplacements et le critère aller à la toilette (score 3 ou 4), et - dépendance pour le critère continence et/ou pour le critère manger (score 3 ou 4)	01/06/1997
425316	W 10,083	Honoraires forfaitaires, dits forfait C, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants: - dépendance pour le critère se laver (score 4) et le critère s'habiller (score 4), et - dépendance pour le critère transfert et déplacements (score 4) et le critère aller à la toilette (score 4), et - dépendance pour le critère continence et pour le critère manger (pour laquelle un des deux critères obtient un score de 4, et l'autre un score de minimum 3)	01/07/1999
425412	W 1,206	Première prestation de base de la journée de soins, week-end ou jour férié	01/06/1997
425515	W 1,754	Soins d'hygiène (toilettes) week-end ou jour férié	01/10/2005
425670	W 5,710	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)	01/06/1997

425692	W 10,944	Honoraires forfaitaires, dits forfait B, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants: - dépendance pour le critère se laver et le critère s'habiller (score 3 ou 4), et - dépendance pour le critère transfert et déplacements et le critère aller à la toilette (score 3 ou 4), et - dépendance pour le critère continence et/ou pour le critère manger (score 3 ou 4)	01/06/1997
425714	W 15,017	Honoraires forfaitaires, dits forfait C, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants: - dépendance pour le critère se laver (score 4) et le critère s'habiller (score 4), et - dépendance pour le critère transfert et déplacements (score 4) et le critère aller à la toilette (score 4), et - dépendance pour le critère continence et pour le critère manger (pour laquelle un des deux critères obtient un score de 4, et l'autre un score de minimum 3)	01/07/1999

1.2.3. Argumentation

Le grief se fonde sur :

- L'analyse des dossiers fournis au SECM par l'infirmière titulaire des assurés en date du 22/07/2021 ;
- L'audition de Madame A. en date du 10/06/2022 ;
- L'analyse des données authentifiées.

Lors de son audition, en date du 10/06/2022, Madame A. déclare :

« B. : Nous convenons que les questions posées par Madame B. seront précédées des initiales « B. », les questions posées par Madame C. seront précédées des initiales « C. » et les réponses de Madame A. seront précédées de « A. ». (...) »

B. : Comment vous transmettez-vous les informations utiles entre collègues concernant les patients, les soins à réaliser ? Comment faites-vous lorsqu'il y a une nouvelle prescription médicale ?

A. : nous nous téléphonons tous les jours et nous faisons un rapport oral si changement d'heure de passage, d'évolution du patient, chute, changement de traitement,...

Si il y a prescription médicale, je fais la photo de la prescription pour mon tarificateur et je lui donne l'originale car ce sont les patients de H. H. est titulaire

(...)

B. : Si vous constatez un changement dans l'état de dépendance d'un patient, comment faites-vous passer l'information à l'infirmière titulaire du patient? Comment vous assurez-vous que le changement est effectué ?

A. : je transmettais les informations à L. et à M. pour mes propres patients. Pour les patients de Madame H., elle voyait elle-même les changements d'état de dépendance de ses patients et en plus, on s'appelait régulièrement pour signifier la dégradation ou l'amélioration de l'état de dépendance des patients. Quand je signifiais à H. une dégradation chez madame N. par exemple, c'était plus dans le but de réadapter les soins quotidiens et éventuellement l'échelle. Il ne m'arrivait jamais de compléter les échelles avec Madame H. H. les complétait et les signait elle-même. Il m'arrivait parfois de découvrir qu'un patient était en forfait.

(...)

B. : Faites-vous des dossiers pour chacun de vos patients et sous quelle forme ? Que contiennent-ils ? Qui les met en place et qui les complète ? Conservez-vous des dossiers chez vous ?

A. : il n'y a pas de dossiers infirmiers pour mes propres patients. Pour F., je vous montre son dossier (cahier) qui contient des transmissions d'information.

(...)

Vous me remettez le schéma du contenu minimal du dossier infirmier.

B. : Concernant les prescriptions médicales, comment les obtenez-vous, comment êtes-vous informées des nouveaux soins à effectuer chez les patients ? où les conservez-vous ? si la prescription arrive à terme, comment faites-vous ?

A. : je conserve les prescriptions originales et j'envoie une photo à ma remplaçante. Pour les patients de H., je fais une photo et je laisse l'originale à H.

(...)

B. : Concernant les dossiers infirmiers, vous nous avez signalés plus tôt que vous ne possédiez aucun dossier, à part pour F. comme dit plus tôt. Nous avons obtenu des dossiers des patients cités et ceux-ci ne disposent pas du contenu minimal requis. Il s'agit des dossiers des 5 assurés discutés précédemment. Les dossiers de madame O., NISS ... et de madame P., NISS ... ne disposent également pas du contenu minimal requis.

B. : les connaissez-vous ?

A. : oui je les ai soignées aussi, je les connais.(...) »

1.2.4. Position et justifications du dispensateur de soins

Lors de son audition en date du 09/09/2022, la prestataire n'a émis aucune remarque au sujet de ce grief.

1.2.5. Conclusion

Le SECM maintient le grief tel qu'il l'a établi.

Ce grief concerne 7 assurées pour 182 prestations, pour la période de prestations du 01/01/2020 au 31/03/2020, et de réception aux OA du 02/01/2020 au 02/04/2020, à concurrence d'un montant total de 4.540,84 €.

2. DISCUSSION

2.1. Sur le bien fondé des griefs reprochés à Madame A.

2.1.1. Grief de non conformité relatif à la surcotation de l'état de dépendance physique des assurés

Le grief de prestations non conformes relatif au surscorage de l'état de dépendance physique des assurés repose sur :

- L'analyse des données authentifiées ;
- Les cotations des échelles d'évaluations introduites aux organismes assureurs ;
- Les déclarations d'assurés ou des proches (enfant, médecin traitant) ;
- Les déclarations de Madame A. lors de son audition du 10/06/2022 ;
- Les Directives pour l'utilisation de l'échelle d'évaluation d'application depuis le 1er avril 2011.

Lors de son audition, en date du 10/06/2022, Madame A. déclare :

« B. : Avez-vous votre propre patientèle ?

A. : je n'ai que 4 -5 patients (D., E. qui est décédée, F. qui est en maison de repos, G.) dans ma tournée depuis 3 ans. Je fais des remplacements pour Madame H. essentiellement. J'ai travaillé aussi pour 1 2 mois par l'intermédiaire de Madame J., de mémoire. Je n'ai jamais rencontré madame I.(...)

B. : Faites-vous uniquement des remplacements ? Travaillez-vous avec d'autres infirmières? Si oui, combien ?

A. : je remplace essentiellement Madame H.. J. n'avait qu'une patiente K., sa voisine, que je l'ai remplacée quand elle était en congé. B. : comment s'organisent les remplacements ?

A. : H. me demandait de reprendre des patients de sa tournée quand elle avait besoin de se faire remplacer et comme je vous l'ai dit précédemment, je faisais mes 4- 5 patients en plus. Il n'y a pas de règles établies. On essaie d'adapter notre horaire du domicile selon l'horaire de la maison de repos.(...)

B. : Comment transmettez-vous les informations à votre société de tarification?

A. : que ce soit pour L. et M., je leur communique les informations concernant l'état du patient (s'ils sont valides, continent etc) et ils évaluent les scores et donc complète les échelles de Katz. Je ne leur communique jamais les scores. Ceci est valable pour ma propre patientèle. Pour les patients de Madame H., elle leur envoie les échelles de Katz par mail. Je ne vois pas les échelles des

patients que H. leur envoient. En résumé, c'est L. et M. qui complètent les échelles de Katz. Je ne signe pas les échelles de Katz.

B. : Qui complète les échelles de Katz ? Comment et à quelle fréquence ?

A. : comme je vous l'ai dit plus haut, je donne les informations à mes tarificateurs et eux les complètent et les signent à mon nom. Vous me montrez l'annexe 3 et je la reconnais. L. m'appelait pour m'avertir que l'échelle arrivait à échéance. Parfois, lors d'un retour d'hospitalisation, je transmettais les informations à M. pour qu'il puisse changer l'échelle si nécessaire.

B. : Connaissez-vous les « Directives pour l'utilisation de l'échelle d'évaluation, d'application à partir du 1er avril 2011 », je vous en donne une copie et vous invite à les utiliser ?

A. : j'ignorais ces Directives

B. : Si vous constatez un changement dans l'état de dépendance d'un patient, comment faites-vous passer l'information à l'infirmière titulaire du patient? Comment vous assurez-vous que le changement est effectué ?

A. : je transmettais les informations à L. et à M. pour mes propres patients. Pour les patients de H., elle voyait elle-même les changements d'état de dépendance de ses patients et en plus, on s'appelait régulièrement pour signifier la dégradation ou l'amélioration de l'état de dépendance des patients. Quand je signifiais à H. une dégradation chez madame N. par exemple, c'était plus dans le but de réadapter les soins quotidiens et éventuellement l'échelle. Il ne m'arrivait jamais de compléter les échelles avec Madame H. H. les complétait et les signait elle-même. Il m'arrivait parfois de découvrir qu'un patient était en forfait.(...) ».

Le 17/07/2024, il a été demandé à Mme A. ses moyens de défense par courrier recommandé.

Aucun moyen de défense n'est parvenu au Service.

Compte tenu de ce qui précède, le grief de prestations non conformes relatif au surscorage de l'état de dépendance physique est établi.

2.1.2. Grief de non-conformité relatif aux dossiers infirmiers incomplets

Le grief de prestations non conformes relatif aux dossiers infirmiers incomplets repose sur :

- l'analyse des dossiers infirmiers tenus par Mme A. et remis au SECM le 22/07/2021.
- L'audition de Mme A. le 10/06/2022 ;
- L'analyse des dossiers authentifiées.

L'analyse des dossiers infirmiers a révélé notamment :

- Pas d'identification du bénéficiaire, pas d'identification de la prestataire qui a effectué les soins, pas de renseignements concernant les prestations effectuées;
- Aucune planification ni évaluation des soins pourtant exigées dans le contenu minimal des dossiers à une fréquence de minimum toutes les 2 semaines dans le cadre d'un honoraire forfaitaire;
- Aucune information permettant de justifier les cotations de l'échelle de Katz ;
- Aucune information sur le soin d'hygiène (toilette) attesté dans le cadre d'un honoraire forfaitaire.
- Aucune observation relative à l'incontinence ne figure dans le dossier.

Lors de son audition, en date du 10/06/2022, Madame A. déclare :

« B. : Comment vous transmettez-vous les informations utiles entre collègues concernant les patients, les soins à réaliser ? Comment faites-vous lorsqu'il y a une nouvelle prescription médicale ?

A. : nous nous téléphonons tous les jours et nous faisons un rapport oral si changement d'heure de passage, d'évolution du patient, chute, changement de traitement,... Si il y a prescription médicale, je fais la photo de la prescription pour mon tarificateur et je lui donne l'originale car ce sont les patients de H. H. est titulaire (...)

B. : Si vous constatez un changement dans l'état de dépendance d'un patient, comment faites-vous passer l'information à l'infirmière titulaire du patient? Comment vous assurez-vous que le changement est effectué ?

A. : je transmettais les informations à L. et à M. pour mes propres patients. Pour les patients de H., elle voyait elle-même les changements d'état de dépendance de ses patients et en plus, on s'appelait régulièrement pour signifier la dégradation ou l'amélioration de l'état de dépendance des patients. Quand je signifiais à H. une dégradation chez madame N. par exemple, c'était plus dans le but de réadapter les soins quotidiens et éventuellement l'échelle. Il ne m'arrivait jamais de compléter les échelles avec Madame H. H. les complétait et les signait elle-même. Il m'arrivait parfois de découvrir qu'un patient était en forfait. (...)

B. : Faites-vous des dossiers pour chacun de vos patients et sous quelle forme? Que contiennent-ils? Qui les met en place et qui les complète? Conservez-vous des dossiers chez vous?

*A. : il n'y a pas de dossiers infirmiers pour mes propres patients. Pour F., je vous montre son dossier (cahier) qui contient des transmissions d'information.
(...)*

Vous me remettez le schéma du contenu minimal du dossier infirmier.

B. : Concernant les prescriptions médicales, comment les obtenez-vous, comment êtes-vous informées des nouveaux soins à effectuer chez les patients? où les conservez-vous? si la prescription arrive à terme, comment faites-vous?

A. : je conserve les prescriptions originales et j'envoie une photo à ma remplaçante. Pour les patients de H., je fais une photo et je laisse l'originale à H. (...)

B. : Concernant les dossiers infirmiers, vous nous avez signalés plus tôt que vous ne possédiez aucun dossier, à part pour F. comme dit plus tôt. Nous avons obtenu des dossiers des patients cités et ceux-ci ne disposent pas du contenu minimal requis. Il s'agit des dossiers des 5 assurés discutés précédemment. Les dossiers de madame O., NISS ... et de madame P., NISS ... ne disposent également pas du contenu minimal requis. GC : les connaissez-vous ?

A. : oui je les ai soignées aussi, je les connais.(...) »

Le 17/07/2024, il a été demandé à Mme A. ses moyens de défense par courrier recommandé.

Aucun moyen de défense n'est parvenu au Service.

Compte tenu de ce qui précède, le grief de prestations non conformes relatif au dossier infirmier incomplet est établi.

2.2. Sur l'indu

Les griefs reprochés à Mme A. au terme du procès-verbal de constat d'infractions du 18/08/2022, notifié le 19/08/2022, a entraîné des débours indus dans le chef de l'assurance obligatoire soins de santé pour un montant de 17.842,70 euros.

Ces griefs étant fondés suivant l'analyse exposée ci-dessus, il y a lieu d'ordonner que Madame A. soit condamnée à rembourser la valeur des prestations indues s'élevant à 17.842,70 euros (Loi SSI, art. 142, §1^{er}, 2^o et art. 164, al. 2).

Madame A. a procédé au remboursement total de l'indu par des versements de 200 euros en date du 02/11/2022, du 9/12/2022, du 9/01/2023, du 9/02/2023, du 07/03/2023, du 11/04/2023, du 10/05/2023, du 06/06/2023, du 10/07/2023, du 10/08/2023, du 11/09/2023, du 5/10/2023, du 9/11/2023, du 7/12/2023, du 9/01/2024, du 8/02/2024, du 7/03/2024, du 9/04/2024, du 13/05/2024, du 11/06/2024, du 10/07/2024, du 08/08/2024, du 06/09/2024 et un versement de 7.600 euros le 9/10/2024.

Il y a donc lieu de constater que le montant de 17.842,70 euros a été totalement remboursé.

2.3. Sur l'amende administrative

2.3.1. Quant au régime de l'amende administrative

En vertu de l'article 169 de la Loi SSI, la sanction applicable est celle visée à l'article 142, §1^{er}, 2^o de la même loi, c'est-à-dire pour les prestations non conformes, le remboursement de la valeur des prestations indues attestées à charge de l'assurance soins de santé et/ou une amende administrative comprise entre 5% et 150 % du montant de la valeur des prestations concernées.

2.3.2. Quant au quantum de l'amende administrative retenue

Les prestations citées à grief sont comprises entre le 01/08/2019 et le 29/04/2021 et ont été introduites auprès des organismes assureurs du 02/09/2019 au 02/05/2021.

Concernant l'**attestation de prestations non conformes**, le législateur a encadré de manière très précise les possibilités d'attester les soins infirmiers, afin d'éviter les abus qui pourraient découler d'une appréciation souple et extensive des conditions fixées par la Nomenclature, par exemple en matière d'évaluation de l'état de dépendance physique des assurés.

Les règles de la Nomenclature des prestations de santé sont de stricte interprétation et doivent être appliquées rigoureusement (Cass. 20/11/2017, C.15.02132.N.) 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 (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).

Le respect des formalités administratives prévues par la réglementation est un des fondements de ce rapport de confiance, puisque ces normes sont clairement et expressément énoncées dans cette réglementation.

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, les dispensateurs de soins brisent ce rapport de confiance et mettent en péril l'équilibre des deniers publics.

En ne respectant pas les règles relatives aux mentions devant figurer dans le dossier infirmier, Madame A. a manqué à ses obligations légales en tant que dispensateur de soins.

Dans ces conditions, au regard notamment de la clarté de la Nomenclature relativement au surscorage de l'état de dépendance physique, de l'expérience de Mme A. (diplômée depuis 2002, indépendante à titre principal depuis 2007), du nombre de prestations (871 prestations), de la durée de la période infractionnelle (prestations réalisées entre le 01/08/2019 et le 29/04/2021 et introduites au organismes assureurs entre le 02/09/2019 et le 02/05/2021), du montant de l'indu relatif au grief de non-conformité lié au surscorage de l'état de dépendance physique des assurés (13.301,86 euros), il est justifié de prononcer à l'encontre de Mme A., au titre du griefs de prestations non conformes lié au surscorage de l'état de dépendance physique des assurés, **une amende administrative de 25 % du montant indu à rembourser (LC 14.07.1994, art. 142, §1er, 2°), soit 3.325,46 euros.**

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

Pour fixer le quantum de cette sanction, il convient cependant de tenir compte, non seulement des éléments rappelés ci-dessus, mais aussi de l'absence d'antécédents dans le chef de l'intéressée et du remboursement volontaire total de l'indu. En outre, Mme A. a cessé l'exercice de son activité d'infirmière à domicile, ce qui réduit le risque de récurrence. Cela justifie que la sanction soit assortie d'une mesure de sursis total, la sanction avec sursis devant rappeler à l'intéressée l'importance de la faute commise et l'inciter à rectifier, pour l'avenir, sa pratique dans un sens conforme à la réglementation.

Il est dès lors justifié de prononcer, dans le chef de Madame A., au titre des griefs de prestations non conformes, une amende administrative de 25% du montant des prestations induites attestées à charge de l'assurance soins de santé (LC 14.07.1994, art. 142, §1^{er}, 2°), soit 3.325,46 euros, assortie, d'un sursis total d'une durée de 3 ans.

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. ;
- Condamne Madame A. à rembourser la valeur des prestations indues s'élevant à 17.842,70 euros (Loi SSI, art. 142, §1^{er}, 2^o) ;
- Constate qu'une somme de 17.842,70 euros a été remboursée par Madame A. et que l'indu résiduel s'élève à 0 euros ;
- Condamne Madame A. à payer une amende administrative, au titre des prestations non conformes liées au grief de surscorage de l'état de dépendance physique, à hauteur de 25% du montant des prestations indument attestées à charge de l'assurance obligatoire soins de santé (L.C., art. 142, §1^{er}, 2^o), soit 3.325,46 euros, assortie d'un sursis total d'une durée de trois ans (amende effective : 0 euros);

Ainsi décidé à Bruxelles, le (cf date de la signature).

Le Fonctionnaire-dirigeant,