

**DECISION DU FONCTIONNAIRE-DIRIGEANT DU 19 MARS 2019
BRS/F/18-028**

Concerne : **Madame A.**
Praticienne de l'art infirmier
Et la scprl B.
BRS/F/18-028

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 (loi SSI).

GRIEF(S) FORMULE(S)

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

En résumé, il lui est reproché :

1.1 Grief 1

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

Infraction visée à l'article 73bis, 1° de la loi SSI.

En l'espèce il s'agit de prestations de l'article 8 § 1^{er} 1^o, 2^o I de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (NPS), portées en compte au nom de 10 assurés et qui n'ont pas été effectuées.

1.1.1 Base légale du grief

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

C'est d'ailleurs la raison pour laquelle une « attestation de soins donnés » est établie et signée par le dispensateur de soins, selon la procédure définie à l'art. 53, alinéa 1^{er} de la loi SSI 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, § 1^{er}, cette mention est indiquée par le numéro d'ordre à ladite nomenclature. (...) »

Loi SSI

- Section XVI.- Des devoirs des dispensateurs de soins
- [Loi 10/04/2014 - M.B. 30/04/2014] d'application à partir du 10/05/2014
- **Art. 73bis.**
- Sans préjudice d'éventuelles poursuites pénales et/ou disciplinaires et nonobstant les dispositions des conventions ou des accords visés au Titre III, il est interdit aux dispensateurs de soins et assimilés, sous peine des mesures énoncées à l'article 142, § 1^{er} :
- 1° de rédiger, faire rédiger, délivrer ou faire délivrer des documents réglementaires permettant le remboursement des prestations de santé lorsque les prestations n'ont pas été effectuées ou fournies ou lorsqu'elles ont été effectuées ou fournies durant une période d'interdiction temporaire ou définitive d'exercice de la profession;
- Section Ibis. Des contestations entre les dispensateurs de soins et le Service d'évaluation et de contrôle médicaux
- **Art. 142.**
- § 1er. Sans préjudice d'éventuelles sanctions pénales et/ou disciplinaires, les mesures suivantes sont appliquées aux dispensateurs de soins et assimilés qui ne se conforment pas aux dispositions de l'article 73bis :
- 1° le remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé et une amende administrative comprise entre 50 % et 200 % du montant du remboursement en cas d'infraction aux dispositions de l'article 73bis, 1°;

La NPS

L'article 8, § 3, 1° , § 4, 3° , § 6, 8° et § 8ter de la NPS stipule :

- "**§ 3.** Aucuns honoraires ne sont dus :
- 1° lorsque les prestations sont effectuées à des bénéficiaires hospitalisés, ou soignés ambulatoirement dans les conditions qui autorisent l'établissement à porter en compte un des forfaits prévus dans la convention nationale avec les établissements hospitaliers, sauf si le bénéficiaire conjugué, pour une même journée, la qualité d'hospitalisé et d'ambulant. Dans ce cas l'intervention de l'assurance peut être octroyée, à condition que l'organisme assureur mentionne le pseudo-code 426613;
- (...)"
- "**§ 4.** Précisions relatives aux prestations visées à la rubrique I du § 1^{er}, 1°, 2°, (...):
- (...)
- "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°, (...)"
- (...)
- "**§ 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. (...) »

1.1.2 Prestations en cause

<ul style="list-style-type: none"> ▪ "A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 22.11.2013" (en vigueur 1.1.2014) 		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ "SECTION 4. - Soins donnés par des infirmiers gradués ou assimilés, des accoucheuses, des infirmiers brevetés, des hospitaliers/assistants en soins hospitaliers ou assimilés." 		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ "A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 12.9.2001" (en vigueur 1.10.2001) + "A.R. 22.11.2013" (en vigueur 1.1.2014) + "A.R. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014) 		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ "Art. 8. § 1^{er}. Les prestations suivantes sont considérées comme des prestations qui requièrent la qualification d'infirmier gradué ou assimilé, d'accoucheuse, d'infirmier breveté, d'hospitalier/assistant en soins hospitaliers ou assimilé, appelés ci-après praticiens de l'art infirmier (W). Toutefois, les prestations techniques spécifiques de soins infirmiers, visés sous rubrique III du § 1^{er}, 1°, 2°, 3° et 3^{bis} requièrent la qualification d'infirmier gradué ou assimilé, d'accoucheuse ou d'infirmier breveté." 		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ "A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) 		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ "1° Prestations effectuées au cours d'une séance de soins infirmiers au domicile ou à la résidence du bénéficiaire. 		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ I. Séance de soins infirmiers. 		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ A. Prestation de base. 		
425014	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Première prestation de base de la journée de soins 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ W 0,879
<ul style="list-style-type: none"> ▪ B. Prestations techniques de soins infirmiers." 		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ "A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 17.9.2005" (en vigueur 1.10.2005) 		
425110	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Soins d'hygiène (toilettes) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ W 1,167
<ul style="list-style-type: none"> ▪ "A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) 		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ "II. Honoraires forfaitaires par journée de soins pour des patients lourdement dépendants." 		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ "A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 13.10.2004" (en vigueur 1.1.2005) 		
425294	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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: <ul style="list-style-type: none"> ▪ - 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) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ W 7,371
<ul style="list-style-type: none"> ▪ "A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) 		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ "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. 		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ I. Séance de soins infirmiers. 		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ A. Prestation de base. 		
425412	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Première prestation de base de la journée de soins 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ W 1,206
<ul style="list-style-type: none"> ▪ B. Prestations techniques de soins infirmiers." 		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ "A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 17.9.2005" (en vigueur 1.10.2005) 		
425515	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Soins d'hygiène (toilettes) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ W 1,754
<ul style="list-style-type: none"> ▪ "A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) 		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ "II. Honoraires forfaitaires par journée de soins pour des patients lourdement dépendants." 		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ "A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 13.10.2004" (en vigueur 1.1.2005) 		

<ul style="list-style-type: none"> ▪ 425670 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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: <ul style="list-style-type: none"> - 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) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ W 5,710
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 425692 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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: <ul style="list-style-type: none"> - 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) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ W 10,944

1.1.3 Argumentation

Les éléments de l'enquête ayant contribué à établir ce grief sont :

- l'audition de la prestataire du 14/02/2017 qui explique effectuer des soins certains jours à des assurés ;
- l'audition d'un assuré qui précise que son épouse lui donne des soins les dimanches et des samedis, pour que l'infirmière ne vienne pas à son domicile ;
- l'analyse des données informatisées authentifiées transmises par les différents OA 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.

1.1.4 Position du dispensateur de soins pour le grief 1:

En date du 04/04/2017, madame A. a déclaré :

« (...) Je suis d'accord avec le 1^{er} grief en totalité, ainsi qu'avec le calcul de l'indu. (...) »

1.1.5 Conclusions en ce qui concerne le grief n° 1.

L'infraction a été constatée dans 10 cas d'assurés, pour la période des prestations attestées du 02/01/2014 au 28/02/2016 et introduites à l'OA du 28/04/2015 au 30/04/2015.

Le grief est formulé pour 4.671 prestations, à concurrence d'un indu total de **32.687,59 €**.

Madame A. a reconnu la validité du grief. L'indu a été remboursé.

1.2 Grief 2 : surcotation d'échelles de Katz

Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer les documents réglementaires visés dans la loi SSI 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, s'agissant d'honoraires forfaitaires visés à la rubrique II du § 1er, 1° et 2° de l'article 8 de la NPS non attestables en ce sens que les conditions prévues à l'article 8, § 5, 1° de la NPS relatives au degré de dépendance physique n'étaient pas remplies.

...

Infraction visée à l'article 73bis, 2° de la loi SSI.

En l'espèce il s'agit de 2 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 B non attestables.

1.2.1 Prestations en cause

<ul style="list-style-type: none"> "A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 22.11.2013" (en vigueur 1.1.2014) 		
<ul style="list-style-type: none"> "SECTION 4. - Soins donnés par des infirmiers gradués ou assimilés, des accoucheuses, des infirmiers brevetés, des hospitaliers/assistants en soins hospitaliers ou assimilés." 		
<ul style="list-style-type: none"> "A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 12.9.2001" (en vigueur 1.10.2001) + "A.R. 22.11.2013" (en vigueur 1.1.2014) + "A.R. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014) 		
<ul style="list-style-type: none"> "Art. 8. § 1^{er}. Les prestations suivantes sont considérées comme des prestations qui requièrent la qualification d'infirmier gradué ou assimilé, d'accoucheuse, d'infirmier breveté, d'hospitalier/assistant en soins hospitaliers ou assimilé, appelés ci-après praticiens de l'art infirmier (W). Toutefois, les prestations techniques spécifiques de soins infirmiers, visés sous rubrique III du § 1^{er}, 1°, 2°, 3° et 3°bis requièrent la qualification d'infirmier gradué ou assimilé, d'accoucheuse ou d'infirmier breveté." 		
<ul style="list-style-type: none"> "A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) 		
<ul style="list-style-type: none"> "1° Prestations effectuées au cours d'une séance de soins infirmiers au domicile ou à la résidence du bénéficiaire." 		
<ul style="list-style-type: none"> "A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) 		
<ul style="list-style-type: none"> "II. Honoraires forfaitaires par journée de soins pour des patients lourdement dépendants." 		
<ul style="list-style-type: none"> "A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 13.10.2004" (en vigueur 1.1.2005) 		
<ul style="list-style-type: none"> 425294 	<ul style="list-style-type: none"> 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: <ul style="list-style-type: none"> - 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) 	<ul style="list-style-type: none"> W 7,371
<ul style="list-style-type: none"> "A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) 		
<ul style="list-style-type: none"> "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." 		
<ul style="list-style-type: none"> "A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) 		
<ul style="list-style-type: none"> "II. Honoraires forfaitaires par journée de soins pour des patients lourdement dépendants." 		
<ul style="list-style-type: none"> "A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 13.10.2004" (en vigueur 1.1.2005) 		
<ul style="list-style-type: none"> 425692 	<ul style="list-style-type: none"> 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: <ul style="list-style-type: none"> - 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) 	<ul style="list-style-type: none"> W 10,944

1.2.2 Base légale

Loi SSI

- [Loi 10/04/2014 - M.B. 30/04/2014] d'application à partir du 10/05/2014

- Section XVI.- Des devoirs des dispensateurs de soins

- **Art. 73bis.** Sans préjudice d'éventuelles poursuites pénales et/ou disciplinaires et nonobstant les dispositions des conventions ou des accords visés au Titre III, il est interdit aux dispensateurs de soins et assimilés, sous peine des mesures énoncées à l'article 142, § 1er :

- (...)

- 2° de rédiger, faire rédiger, délivrer ou faire 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; (...)

- Section Ibis. Des contestations entre les dispensateurs de soins et le Service d'évaluation et de contrôle médicaux

- **Art. 142. § 1er.** Sans préjudice d'éventuelles sanctions pénales et/ou disciplinaires, les mesures suivantes sont appliquées aux dispensateurs de soins et assimilés qui ne se conforment pas aux dispositions de l'article 73bis :

- (...)

- 2° le remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé, et/ou une amende administrative comprise entre 5 % et 150 % du montant de la valeur des mêmes prestations en cas d'infraction aux dispositions de l'article 73bis, 2°; (...)

Article 8, § 5, 1° de la NPS

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. (...) »

Directives

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 nyctémère, des pertes involontaires d'urine et/ou de fèces, comme une incontinence due au stress ou une incontinence d'effort. Une personne qui est exclusivement incontinente pour les urines pendant la nuit doit obtenir un score «2». Une personne qui est incontinente pour les urines pendant la nuit et occasionnellement incontinente pour les urines pendant la journée reçoit également un score "2", ou

- b) Le patient porte un anus artificiel ou une urostomie ou une sonde à demeure, ou

- c) Le patient réalise son autosondage

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

- Il existe deux possibilités:

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

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

- **4. Est incontinent pour les urines et les selles**

- Il existe deux possibilités :

- a) Le patient présente une perte involontaire d'urine et de fèces de façon permanente. Il est donc incontinent pour l'urine et les selles, ou

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

- **Manger**

- **1. Est capable de manger et de boire seul**

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

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

- Il existe deux possibilités:

- a) Le patient a surtout besoin d'une aide préalable pour manger ou boire (par exemple tartiner, couper la viande, servir la boisson,...), ou

- b) Le patient est autonome pour manger et boire s'il dispose de moyens d'aide adaptés ou de l'aide occasionnelle de tiers ou moyennant une stimulation et sans la nécessité d'une surveillance et/ou d'une présence continue.

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

- Il existe deux possibilités:

- a) Le patient a besoin de l'aide partielle de tiers au moins pendant tout le repas principal, ou
- b) Le patient reçoit une stimulation (par exemple vocale) individualisée continue (une personne qui s'occupe de maximum 3 patients pour la prise du repas durant toute la durée de celui-ci) et une surveillance active continue lors de la prise de nourriture ou de boissons.
- **4. Le patient est totalement dépendant pour manger et boire**
- Pour manger, le patient est totalement dépendant de tiers ou d'une technique de nutrition (alimentation par sonde, alimentation entérale ou parentérale, (...)) »

1.2.3 **Argumentation**

Les éléments de l'enquête ayant contribué à établir ce grief sont :

- les déclarations des assurées ;
- la déclaration de madame A. du 14/02/2017 ;
- l'analyse des données informatisées transmises et authentifiées par les différents OA 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.

1.2.4 **Position de madame A. pour le grief**

En date du 04/04/2017, lors de son audition concomitante à la remise des PVC, madame A. déclare :

« (...) Nous abordons le 2^{ème} grief : vous me dites qu'il s'agit de surcotations d'échelles de Katz, et que vous vous êtes basée sur les déclarations des assurés et sur mes déclarations du 14/02/2017.

(...)

Vous m'expliquez la notion d'indu par différence, je comprends bien, je ne conteste ni ce 2^e grief ni le calcul de l'indu. (...) »

1.2.5 **Conclusion**

L'infraction a été constatée pour 2 cas de bénéficiaires, pour la période des prestations attestées du 05/01/2015 au 31/12/2015 et introduites à l'OA du 09/03/2016 au 30/04/2016.

Le grief est formulé pour 489 prestations, à concurrence d'un indu différentiel de **10.718,00 €**.

Madame A. a reconnu la validité du grief. L'indu différentiel a été remboursé.

1.3 **Grief 3 : tiers non habilité**

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°, s'agissant de prestations réalisées par un tiers non habilité, en l'occurrence une aide-soignante.

Infraction visée à l'article 73bis, 2° de la loi SSI.

En l'espèce, il s'agit de soins réalisés par une aide-soignante seule, aux domiciles des patients de la prestataire A., alors que les conditions de recours à une aide-soignante ne sont pas remplies.

Ces prestations de soins relèvent de l'article 8, § 1^{er}, 1^o, II et 2^o, II de la NPS.

1.3.1 Prestations en cause

<ul style="list-style-type: none"> ▪ "A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 22.11.2013" (en vigueur 1.1.2014) 		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ "SECTION 4. - Soins donnés par des infirmiers gradués ou assimilés, des accoucheuses, des infirmiers brevetés, des hospitaliers/assistants en soins hospitaliers ou assimilés." 		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ "A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 12.9.2001" (en vigueur 1.10.2001) + "A.R. 22.11.2013" (en vigueur 1.1.2014) + "A.R. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014) 		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ "Art. 8. § 1^{er}. Les prestations suivantes sont considérées comme des prestations qui requièrent la qualification d'infirmier gradué ou assimilé, d'accoucheuse, d'infirmier breveté, d'hospitalier/assistant en soins hospitaliers ou assimilé, appelés ci-après praticiens de l'art infirmier (W). Toutefois, les prestations techniques spécifiques de soins infirmiers, visés sous rubrique III du § 1^{er}, 1^o, 2^o, 3^o et 3^obis requièrent la qualification d'infirmier gradué ou assimilé, d'accoucheuse ou d'infirmier breveté." 		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ "A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) 		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ "1^o Prestations effectuées au cours d'une séance de soins infirmiers au domicile ou à la résidence du bénéficiaire. 		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ "A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) 		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ "II. Honoraires forfaitaires par journée de soins pour des patients lourdement dépendants." 		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ "A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 13.10.2004" (en vigueur 1.1.2005) + "A.R. 17.9.2005" (en vigueur 1.10.2005) 		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 425272 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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: <ul style="list-style-type: none"> ▪ - 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) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ W 3,825
<ul style="list-style-type: none"> ▪ "A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 13.10.2004" (en vigueur 1.1.2005) 		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 425294 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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: <ul style="list-style-type: none"> ▪ - 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) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ W 7,371
<ul style="list-style-type: none"> ▪ "A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 4.6.1998" (en vigueur 1.7.1998) + "A.R. 9.6.1999" (en vigueur 1.7.1999) + "A.R. 13.10.2004" (en vigueur 1.1.2005) 		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 425316 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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: <ul style="list-style-type: none"> ▪ - 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) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ W 10,083
<ul style="list-style-type: none"> ▪ "A.R. 19.1.2011" (en vigueur 1.1.2010) 		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ "VIII 		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 428035 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ valorisation des prestations multiples et contraignantes chez les patients très dépendants 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ W 0,134

<ul style="list-style-type: none"> ▪ "A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) 		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ "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. 		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ I. Séance de soins infirmiers. 		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ "A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) 		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ "II. Honoraires forfaitaires par journée de soins pour des patients lourdement dépendants." 		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ "A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 13.10.2004" (en vigueur 1.1.2005) 		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 425670 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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: <ul style="list-style-type: none"> - 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) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ W 5,710
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 425692 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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: <ul style="list-style-type: none"> - 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) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ W 10,944
<ul style="list-style-type: none"> ▪ "A.R. 19.1.2011" (en vigueur 1.1.2010) 		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ "VIII 		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 428050 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ valorisation des prestations multiples et contraignantes chez les patients très dépendants 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ W 0,134

1.3.2 Bases légales et réglementaires du grief

Loi SSI

- **Art. 2**

- Dans la présente loi coordonnée, on entend :

- (...)

- Du 10/05/2014 au 26/08/2015

- n) par "dispensateur de soins", les praticiens de l'art de guérir, les kinésithérapeutes, les praticiens de l'art infirmier, les auxiliaires paramédicaux, les établissements hospitaliers, les établissements de rééducation fonctionnelle et de réadaptation professionnelle et les autres services et institutions. Sont assimilées aux dispensateurs de soins pour l'application des articles 73 bis et 142, les personnes physiques ou morales qui les emploient, qui organisent la dispensation des soins ou la perception des sommes dues par l'assurance soins de santé;

- (...)

- **Art. 34**

- Les prestations de santé portent tant sur les soins préventifs que sur les soins curatifs. Elles comprennent : (...)

- 1° les soins courants comportant :
- (...)
- b) les soins donnés par des praticiens de l'art infirmier (...) doivent répondre aux critères fixés par le Roi, (...)
- **Art. 35**
- § 1er. Le Roi établit la nomenclature des prestations de santé, à l'exception des prestations visées à l'article 34, alinéa 1er, 4°bis et 5°, b), c) et e).
- Cette nomenclature énumère lesdites prestations, en fixe la valeur relative et précise, notamment, ses règles d'application, ainsi que la qualification requise de la personne habilitée à effectuer chacune d'elles. (...)
- Section XVI.- Des devoirs des dispensateurs de soins
- **Art. 73bis.** Sans préjudice d'éventuelles poursuites pénales et/ou disciplinaires et nonobstant les dispositions des conventions ou des accords visés au Titre III, il est interdit aux dispensateurs de soins et assimilés, sous peine des mesures énoncées à l'article 142, § 1er :
- 2° de rédiger, faire rédiger, délivrer ou faire 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; (...)
- **Art. 142. § 1er.** Sans préjudice d'éventuelles sanctions pénales et/ou disciplinaires, les mesures suivantes sont appliquées aux dispensateurs de soins et assimilés qui ne se conforment pas aux dispositions de l'article 73bis :
- (...)
- 2° le remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé, et/ou une amende administrative comprise entre 5 p.c. et 150 p.c. du montant du remboursement en cas d'infraction aux dispositions de l'article 73bis, 2°; (...)

NPS

- **Art. 8. § 1er.** Les prestations suivantes sont considérées comme des prestations qui requièrent la qualification d'infirmier gradué ou assimilé, d'accoucheuse, d'infirmier breveté, d'hospitalier/assistant en soins hospitaliers ou assimilé, appelés ci-après praticiens de l'art infirmier (W). Toutefois, les prestations techniques spécifiques de soins infirmiers, visées sous rubrique III du § 1er, 1°, 2° et 3° et les honoraires forfaitaires et supplémentaires pour patients palliatifs visés sous les rubriques IV et V du § 1er, 1° et 2° requièrent la qualification d'infirmier gradué ou assimilé, d'accoucheuse ou d'infirmier breveté."
- **§ 11.** Le praticien de l'art infirmier ne peut établir ni signer une attestation de soins donnés lorsque les prestations sont effectuées par une personne non habilitée à les porter en compte à l'assurance soins de santé, qui se substitue en tout ou en partie au praticien de l'art infirmier, même en présence de ce dernier.
- "L'infirmier peut néanmoins rédiger une attestation de soins donnés et la signer si les prestations sont effectuées entièrement ou en partie par un aide-soignant selon les conditions et les modalités du § 12 du présent article."
- "L'assistance d'une tierce personne ne peut être sollicitée que si l'état du patient nécessite une aide durant l'exécution de la prestation."
- **§ 12** Dispositions détaillées concernant les prestations dans le cadre desquelles un aide-soignant effectue des activités infirmières, confiées par un infirmier :

- 1° Sans porter préjudice aux dispositions des autres paragraphes du présent article, une intervention de l'assurance est octroyée pour les prestations décrites dans cet article dans le cadre desquelles un aide-soignant effectue des activités infirmières, confiées par un infirmier, aux conditions mentionnées dans le présent paragraphe. Par « aide-soignant » on entend la personne visée à l'article 21 sexiesdecies de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967. Les « activités infirmières » en question sont fixées par l'AR du 12 janvier 2006 fixant les activités infirmières qui peuvent être effectuées par des aides-soignants et les conditions dans lesquelles ces aides-soignants peuvent poser ces actes. Si les conditions de ce paragraphe ne sont pas remplies il n'y a pas d'intervention de l'assurance.
- 2° Ces prestations doivent être dispensées au sein d'une équipe structurelle. Cette équipe doit se composer d'au moins 4 infirmiers qui ont tous adhéré à la convention nationale et qui exercent l'art infirmier à titre principal. Cette équipe utilise le même numéro tiers-payant de groupe.
- En outre, cette équipe doit chaque mois être composée de minimum 4 infirmiers qui ensemble attestent chaque mois des prestations de l'article 8 pour une valeur minimale de 4 000 W et ce durant une période de 6 mois précédant le mois au cours duquel une prestation attestée a été dispensée par un aide-soignant.
- Il doit à chaque fois s'agir des infirmiers qui ont effectivement collaboré à un aspect des soins dispensés aux patients, à l'exception d'aspects administratifs ou de coordination. En ce qui concerne la condition d'activité susmentionnée, les prestations pour lesquelles des aides-soignants ont dispensé les soins entièrement ou en partie ne sont pas prises en considération.
- L'équipe structurelle doit avoir conclu des accords internes sur les modalités pratiques de la délégation d'activités infirmières aux aides-soignants et sur la collaboration entre les membres de l'équipe. Ces accords internes doivent répondre à une directive qui est fixée par le Comité de l'assurance soins de santé. Le respect de ces accords est une condition pour l'intervention de l'assurance.
- L'équipe structurelle doit introduire une déclaration sur l'honneur auprès de l'INAMI conformément à une directive fixée par le Comité de l'assurance soins de santé, comprenant au moins les données permettant d'identifier l'équipe.
- 3° Maximum 25% des prestations de base attestées, aussi bien dans les honoraires forfaitaires qu'en-dehors, qui sont dispensées au cours d'un mois calendrier par une équipe structurée peuvent être effectuées par des aides-soignants.
- 4° Les aides-soignants ne peuvent dispenser d'actes dans le cadre des honoraires visés aux rubriques IV et V du § 1er, 1° et 2°.
- 5° Dans le cadre de la délégation, fixée dans l'arrêté royal du 12 janvier 2006 fixant les activités infirmières qui peuvent être effectuées par des aides-soignants et les conditions dans lesquelles ces aides-soignants peuvent poser ces actes, les infirmiers effectuent des visites de contrôle. Au cours de cette visite de contrôle, on vérifie si cette délégation se déroule correctement. Lors de cette visite de contrôle, l'infirmier doit dispenser lui-même les soins nécessaires au cours de cette visite, éventuellement en présence de l'aide-soignant. Les soins au patient ne peuvent être étalés sur plusieurs séances de soins que pour des raisons médicales figurant sur la prescription.
- Le nombre minimum de visites de contrôle est fixé à une fois par mois pour chaque patient chez qui un aide-soignant effectue des activités infirmières, excepté :
 - a) dans le cadre des honoraires forfaitaires, dénommés forfaits A, où une visite de contrôle doit être effectuée au moins deux fois par mois;
 - b) dans le cadre des honoraires forfaitaires, dénommés forfaits B, où une visite de contrôle doit être effectuée au moins quatre fois par mois;
 - c) dans le cadre des honoraires forfaitaires, dénommés forfaits C, où au moins une visite de contrôle quotidienne doit être effectuée.

- La fréquence et les moments de ces visites de contrôle doivent être adéquats du point de vue de la situation de soin du patient et doivent être motivés dans un dossier infirmier.
- 6° L'infirmier qui délègue peut attester l'activité de l'aide-soignant en son propre nom par le biais des codes nomenclature en question au § 1^{er}, moyennant l'identification de l'aide-soignant via le numéro INAMI du dispensateur et des prestations dispensées par cet aide-soignant sur l'attestation de soins donnés ou un document similaire. Les honoraires couvrent cette activité, ainsi que tous les aspects de contrôle et de surveillance, fixés dans l'arrêté royal du 12 janvier 2006."

La qualification de praticien de l'art infirmier repose en fait sur les conditions d'exercice de l'art infirmier telles que définies à l'annexe de l'arrêté royal du 10 mai 2015 portant coordination de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé qui précise notamment :

- Chapitre 4. L'exercice de l'art infirmier
 - Art. 45. § 1^{er}. Nul ne peut exercer l'art infirmier tel qu'il est défini à l'article 46 s'il n'est porteur du diplôme ou du titre d'infirmier gradué ou d'infirmière graduée, du brevet ou du titre d'infirmier ou d'infirmière, du brevet ou du titre d'hospitalier ou d'hospitalière et s'il ne réunit pas, en outre, les conditions fixées par l'article 47.
 - § 2. Le porteur du titre professionnel de sage-femme, qui a obtenu son diplôme avant le 1^{er} octobre 2018, peut exercer de plein droit l'art infirmier sous les mêmes conditions que les porteurs du titre professionnel d'infirmier gradué.
 - Le porteur du titre professionnel de sage-femme qui a obtenu son diplôme après le 1^{er} octobre 2018, peut de plein droit effectuer les prestations techniques infirmières ainsi que les actes médicaux confiés relevant de l'art infirmier, dans le domaine de l'art obstétrical, du traitement de la fertilité, de la gynécologie et de la néonatalogie.
 - § 3. Les diplômes, brevets ou titres équivalents sont délivrés conformément aux dispositions arrêtées par le Roi.
 - **Art. 47**
 - **A partir du 1^{er} juillet 2015** : la demande de visa est introduite par voie électronique auprès de la Commission d'agrément du Conseil fédéral de l'Art infirmier (SPF Santé publique)
 - **Art. 49.** Il est interdit à tout praticien de l'art infirmier de prêter d'une manière quelconque son concours ou son assistance à un tiers non qualifié à l'effet de permettre à ce dernier d'exercer l'art infirmier.
 - **Art. 50.** Nul ne peut attribuer à des personnes qu'il occupe, même bénévolement, un des titres professionnels visés à l'article 45, § 1^{er}, si ces personnes ne répondent pas aux conditions fixées par l'article 45, § 1^{er}.

Il résulte de ces exigences légales qu'une personne n'étant pas qualifiée en tant que praticien de l'art infirmier ne peut être considérée au sens des articles 2 n) et 34 1° b) de la LC comme habilitée à effectuer et à porter en compte des prestations reprises à l'article 8 § 1^{er} de l'annexe à l'A.R. du 14/09/1984 établissant la NPS.

A noter que l'exercice de la profession d'aide soignante est également réglementé par les dispositions du chapitre 4 l'annexe de l'arrêté royal du 10 mai 2015 portant coordination de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé qui précise notamment :

- Chapitre 4. L'exercice de l'art infirmier

- Art. 56. Nul ne peut exercer la profession d'aide soignant sans avoir été enregistré au sein des services du gouvernement, conformément aux modalités fixées par le Roi.
- Art. 59. On entend par aide soignant, une personne spécifiquement formée pour assister l'infirmier ou l'infirmière, sous son contrôle, en matière de soins, d'éducation et de logistique, dans le cadre des activités coordonnées par l'infirmier ou l'infirmière dans une équipe structurée.
- Le Roi détermine, après avis du Conseil fédéral de l'art infirmier et de la Commission technique de l'art infirmier, les activités mentionnées à l'article 46, § 1^{er}, 1^o et 2^o, que l'aide soignant peut réaliser, et fixe les modalités d'exécution de ces activités afférentes à la fonction d'aide soignant, conformément à l'alinéa 1^{er}.
- Art. 60. § 1^{er}. Les certificats, brevets ou diplômes des personnes visées à l'article 56, doivent être visés préalablement par la commission médicale prévue à l'article 118, et qui est compétente en raison du lieu où elles comptent s'établir.
- Avant l'octroi du visa, la Commission d'agrément du Conseil fédéral de l'art infirmier vérifie s'il est répondu aux modalités d'enregistrement en tant qu'aide soignant visées à l'article 56, conformément aux modalités fixées par le Roi, après avis du Conseil fédéral de l'art infirmier.
- Le visa est octroyé contre paiement d'une redevance. Le Roi fixe les montants et les modalités de paiement.
- § 2. A la demande de l'intéressé, la commission médicale peut viser le document par lequel la direction de l'établissement d'enseignement ou le jury d'examen compétent atteste que le demandeur a réussi l'examen final donnant droit au diplôme ou brevet.
- Les effets de ce visa cessent à l'expiration du mois qui suit celui de l'homologation du diplôme ou du brevet et, au plus tard, à l'expiration douzième mois suivant celui de l'octroi du visa.
- § 3. Le présent article est abrogé à une date à fixer par le Roi.

Les modalités d'enregistrement dont question à l'article 56 ci-dessus sont définies par un AR du 12/01/2006.

Un autre AR du 12/01/2006 définit les activités infirmières qui peuvent être effectuées par des aides-soignantes et les conditions dans lesquelles ces aides-soignantes peuvent poser ces actes :

- « (...) Art. 1. Pour l'application du présent arrêté, il faut entendre par :
 - 1^o " aide-soignant " : l'aide-soignant visé à l'article 21sexiesdecies de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions de soins de santé;
 - 2^o " infirmier " : la personne visée à l'article 21quater de l'arrêté royal n° 78 précité;
 - 3^o " activités " : les activités infirmières visées à l'article 21quinquies, § 1er a) et b) de l'arrêté royal n° 78 précité.
- Art. 2. Les activités qu'un aide-soignant peut effectuer, sont déterminées dans l'annexe du présent arrêté.
- L'aide-soignant ne peut accomplir ces activités que dans la mesure où un infirmier les lui a déléguées. L'infirmier peut, à tout moment, mettre fin à cette délégation.
- Art. 3. § 1er. L'aide-soignant travaille au sein d'une équipe structurée.

- L'équipe structurée doit répondre au minimum aux critères suivants :
 - 1° La répartition des infirmiers dans l'équipe structurée doit être telle qu'ils puissent contrôler les activités des aides-soignants.
 - 2° L'équipe structurée doit garantir la continuité et la qualité des soins.
 - 3° Elle organise la concertation commune au sujet des patients dans le cadre de laquelle elle a procédé à une évaluation du plan de soins visé au § 3 et le cas échéant à une adaptation de celui-ci.
 - 4° Elle instaure une procédure de collaboration entre l'infirmier et l'aide-soignant. Ce dernier fait rapport le jour même à l'infirmier qui contrôle ses activités.
 - 5° Elle bénéficie d'une formation permanente.
- § 2. Par " contrôle " on entend le contrôle dont question à l'article 21sexiesdecies de l'arrêté royal n° 78 susmentionné du 10 novembre 1967 :
 - 1° L'infirmier veille à ce que les soins, l'éducation à la santé et les activités logistiques qu'il a déléguées aux aides-soignants de l'équipe structurée, sont effectués d'une manière correcte.
 - 2° Le nombre d'aides-soignants qui travaille sous le contrôle de l'infirmier, dépend des effectifs prévus pour l'équipe structurée, de la complexité des soins et de la stabilité de l'état des patients. Compte tenu de ces éléments, la présence de l'infirmier lors de l'exercice des activités de l'aide soignant n'est pas toujours indispensable.
 - 3° L'infirmier doit être accessible pour donner les informations et le support indispensable à l'aide-soignant.
- § 3. L'aide soignant collabore, dans la limite de sa qualification et de sa formation, à la tenue à jour pour chaque patient du dossier infirmier visé à l'article 21quinquies, § 2, de l'arrêté royal n°78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions de soins de santé.
- Art. 4. L'aide-soignant doit bénéficier chaque année d'une formation permanente d'au moins 8 heures. (...) »

En annexe à cet AR du 12/01/2006 figure la liste des activités infirmières que l'aide-soignant(e) peut effectuer sous contrôle de l'infirmier(ère) et dans une équipe structurée ; parmi ces prestations figurent les soins d'hygiène. L'article 21 quinquies est remplacé par l'article 46 de l'annexe 1 à l'arrêté royal du 10 mai 2015 portant coordination de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé.

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Activité 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Référence à la liste des prestations infirmières¹
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Observer et signaler les changements chez le patient sur les plans physique, psychique et social dans le contexte des activités de la vie quotidienne (A.V.Q.) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Art. 21 quinquies §1er a
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informer et conseiller le patient/résidant et sa famille conformément au plan de soins, relativement aux prestations techniques autorisées 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Art. 21 quinquies §1er a
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Assister le patient/résidant et son entourage dans les moments difficiles 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Art. 21 quinquies §1er a
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Soins de bouche 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A.R. 18/6/90/ 1.1
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enlever et remettre les bas destinés à prévenir et/ou traiter des affections veineuses, à l'exception de la thérapie par compression à l'aide de bandes élastiques 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A.R. 18/6/90/ 1.2

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Activité 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Référence à la liste des prestations infirmières¹
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Observer le fonctionnement des sondes vésicales et signaler les problèmes 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A.R. 18/6/90/ 1.4
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Soins d'hygiène à une stomie cicatrisée, ne nécessitant pas des soins de plaies 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A.R. 18/6/90/ 1.5
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Surveiller l'hydratation par voie orale du patient/résidant et signaler les problèmes 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A.R. 18/6/90/ 1.6
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aide à la prise de médicaments par voie orale, selon un système de distribution préparé et personnalisé par un(e) infirmier(ière) ou un pharmacien 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A.R. 18/6/90/ 1.7
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aide à l'alimentation et l'hydratation par voie orale à l'exception des cas d'alimentation par sonde et de troubles de la déglutition 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A.R. 18/6/90/2
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Installation et surveillance du patient/résidant dans une position fonctionnelle avec support technique, conformément au plan de soins 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A.R. 18/6/90/3
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Soins d'hygiène chez les patients/résidants souffrant de dysfonction de l'A.V.Q., conformément au plan de soins 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A.R. 18/6/90/4
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Transport des patients/résidants, conformément au plan de soins 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A.R. 18/6/90/5
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Application des mesures en vue de prévenir les lésions corporelles, conformément au plan de soins 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A.R. 18/6/90/5
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Application des mesures en vue de prévenir les infections, conformément au plan de soins 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A.R. 18/6/90/5
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Application des mesures dans le cadre de la prévention des escarres, conformément au plan de soins 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A.R. 18/6/90/5
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prise du pouls et de la température corporelle, signalement des résultats 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A.R. 18/6/90/6
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Assistance du patient/résidant lors du prélèvement non stérile d'excréments et de sécrétions 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A.R. 18/6/90/6

- ¹ article 21quinquies de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé et de l'arrêté royal du 18 juin 1990 portant fixation de la liste des prestations techniques de soins infirmiers et de la liste des actes pouvant être confiés par un médecin à des praticiens de l'art infirmier, ainsi que des modalités d'exécution relatives à ces prestations et à ces actes et des conditions de qualification auxquelles les praticiens de l'art infirmier doivent répondre.

Donc, Madame A. et sa SCPRL « B. » ne peuvent bénéficier des dispositions prévues à l'article 8, § 11, alinéa 2 de la NPS qui autorise l'attestation de soins donnés pour des prestations effectuées par un aide-soignant puisqu'elles ne correspondent pas à une équipe structurelle telle qu'elle est définie à l'article 8, § 12 de la NPS.

1.3.3 **Argumentation**

Les éléments de l'enquête ayant contribué à établir ce grief sont :

- la déclaration des assurés et/ou de témoins privilégiés qui relatent que les remplaçantes de madame A. sont chaque fois venues seules leur faire des soins ;
- les déclarations de madame A. qui déclare avoir employé des aides-soignantes, notamment mademoiselle C. ;
- l'analyse de 3 feuilles de planning de l'année 2014 ;
- l'analyse des données informatisées transmises et authentifiées par les différents OA 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.
- Toutes les déclarations des assurés convergent pour dire que les remplaçantes de Madame A. sont toujours venues seules leur faire des soins, et que C. (aide-soignante) leur a effectué des soins.

...

1.3.4 **Cas retenus**

Le grief concerne la période des prestations attestées du 02/04/2014 au 30/12/2014, introduites à l'OA du 29/04/2015 au 03/07/2015.

1.3.5 **Position et justifications du dispensateur de soins**

En date du 04/04/2017, lors de son audition concomitante à la remise des PVC, madame A. déclare :

« (...) Nous abordons le 3^{ème} grief : vous me dites qu'il concerne des prestations effectuées par l'aide-soignante C., et vous m'expliquez pourquoi mon équipe ne correspondait pas à une équipe structurelle. Vous m'expliquez que vous n'avez repris que les prestations de 2014 chez les patients qui ont affirmé avoir reçu des soins de C. Je suis d'accord que « C. » correspond bien à C. dans les déclarations de mes patients.

Vous me montrez votre code de couleur en haut de la page 38 du PVC et vous m'expliquez que vous avez retenu à grief les prestations attestées lors des jours surlignés en bleu, correspondant aux jours où C. était notée sur les grilles matin et soir.

Vous m'expliquez la notion d'indu restant au titre du grief, je comprends, et j'ai bien compris que votre calcul avait été fait en ma faveur, je reconnais le grief et je suis d'accord avec votre façon de déterminer les prestations litigieuses.

1.3.6 **Conclusion**

L'infraction a été constatée pour 7 cas de bénéficiaires, pour la période des prestations attestées du 02/04/2014 au 30/12/2014 et introduites à l'OA du 29/04/2015 au 03/07/2015.

Le grief est formulé :

- à titre principal : pour 271 prestations, à concurrence d'un indu total de **7.393,18 €**.
- à titre subsidiaire : pour 10 prestations, à concurrence d'un indu restant au titre du grief de 487,20 €, soit un indu résiduel de **0,00 €** (prestations déjà remboursées sous le grief 1).

Madame A. a reconnu la validité du grief. L'indu a été remboursé.

1.4 **Grief 4 – dossier infirmier**

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 SSI, dans ses arrêtés et règlements d'exécution, dans les conventions et accords conclus en vertu de cette même loi, s'agissant de prestations d'honoraires forfaitaires pour lesquelles un dossier a été complété alors que les prestations n'ont pas été réalisées.

Infraction visée à l'article 73bis 2° de la loi SSI.

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

En l'espèce, il s'agit de prestations de soins infirmiers portées en compte et reprises dans un dossier infirmier, alors que l'assurée n'a bénéficié d'aucun soin puisqu'elle était hospitalisée. Ces prestations ont donc déjà été retenues sous le grief 1 « non effectué ».

1.4.1 Prestations en cause

<ul style="list-style-type: none"> ▪ "A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 22.11.2013" (en vigueur 1.1.2014)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ "SECTION 4. - Soins donnés par des infirmiers gradués ou assimilés, des accoucheuses, des infirmiers brevetés, des hospitaliers/assistants en soins hospitaliers ou assimilés."
<ul style="list-style-type: none"> ▪ "A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 12.9.2001" (en vigueur 1.10.2001) + "A.R. 22.11.2013" (en vigueur 1.1.2014) + "A.R. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ "Art. 8. § 1^{er}. Les prestations suivantes sont considérées comme des prestations qui requièrent la qualification d'infirmier gradué ou assimilé, d'accoucheuse, d'infirmier breveté, d'hospitalier/assistant en soins hospitaliers ou assimilé, appelés ci-après praticiens de l'art infirmier (W). Toutefois, les prestations techniques spécifiques de soins infirmiers, visés sous rubrique III du § 1^{er}, 1°, 2°, 3° et 3°bis requièrent la qualification d'infirmier gradué ou assimilé, d'accoucheuse ou d'infirmier breveté."
<ul style="list-style-type: none"> ▪ "A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ "1° Prestations effectuées au cours d'une séance de soins infirmiers au domicile ou à la résidence du bénéficiaire."
<ul style="list-style-type: none"> ▪ "A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997)

<ul style="list-style-type: none"> ▪ "II. Honoraires forfaitaires par journée de soins pour des patients lourdement dépendants." 			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ "A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 13.10.2004" (en vigueur 1.1.2005) 			
<table border="1"> <tr> <td style="width: 15%; text-align: center;"> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 425294 </td> <td style="width: 60%;"> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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: <ul style="list-style-type: none"> ▪ - 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) </td> <td style="width: 25%; text-align: center;"> <ul style="list-style-type: none"> ▪ W 7,371 </td> </tr> </table>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 425294 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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: <ul style="list-style-type: none"> ▪ - 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) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ W 7,371
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 425294 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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: <ul style="list-style-type: none"> ▪ - 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) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ W 7,371 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ "A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) 			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ "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." 			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ "A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) 			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ "II. Honoraires forfaitaires par journée de soins pour des patients lourdement dépendants." 			
<table border="1"> <tr> <td style="width: 15%; text-align: center;"> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 425692 </td> <td style="width: 60%;"> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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: <ul style="list-style-type: none"> ▪ - 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) </td> <td style="width: 25%; text-align: center;"> <ul style="list-style-type: none"> ▪ W 10,944 </td> </tr> </table>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 425692 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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: <ul style="list-style-type: none"> ▪ - 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) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ W 10,944
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 425692 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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: <ul style="list-style-type: none"> ▪ - 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) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ W 10,944 	

1.4.2 Base légale

Loi SSI

- Section XVI.- Des devoirs des dispensateurs de soins
- **Art. 73bis.** Sans préjudice d'éventuelles poursuites pénales et/ou disciplinaires et nonobstant les dispositions des conventions ou des accords visés au Titre III, il est interdit aux dispensateurs de soins et assimilés, sous peine des mesures énoncées à l'article 142, § 1^{er} :
- (...)

- 2° de rédiger, faire rédiger, délivrer ou faire 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; (...)
- Section Ibis. Des contestations entre les dispensateurs de soins et le Service d'évaluation et de contrôle médicaux
- **Art. 142. § 1er.** Sans préjudice d'éventuelles sanctions pénales et/ou disciplinaires, les mesures suivantes sont appliquées aux dispensateurs de soins et assimilés qui ne se conforment pas aux dispositions de l'article 73bis :
 - (...)
 - 2° le remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé, et/ou une amende administrative comprise entre 5 % et 150 % du montant de la valeur des mêmes prestations en cas d'infraction aux dispositions de l'article 73bis, 2°; (...)

NPS :

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

- A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997)
- "§ 3. Aucuns honoraires ne sont dus :
- (...)
- "A.R. 27.3.2012" (en vigueur 1.6.2012)
- "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."
- En vigueur du 01/01/2014 au 31/03/2014
- "A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997)
- "§ 4. Précisions relatives aux prestations visées à la rubrique I du § 1^{er}, 1°, 2°, 3° et 4° :
- (...)
- "A.R. 27.3.2012" (en vigueur 1.6.2012)
- "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;
- - 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;
- - la mention relative à la continence visée au § 6, 4°, chaque fois que la nomenclature l'exige.
- Lorsque les soins infirmiers dispensés au bénéficiaire comportent des prestations techniques, décrites à la rubrique I, B du § 1^{er}, 1°, 2°, 3° et 4° 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, 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}, 1°, 2° et 3° 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 prestations spécifiques techniques de soins infirmiers, décrites à la rubrique III du § 1^{er}, 1°, 2° et 3° de cet article, ou des soins de plaie(s) spécifiques, décrits au § 8, 1° de cet article ou d'autres prestations décrites au § 1^{er}, 1°, V, VI et VII et au § 1^{er}, 2°, 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° et 2° 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.
 - 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 VII, 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."
 - (...)

- "A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 12.9.2001" (en vigueur 1.10.2001)
- "§ 5. Précisions relatives aux honoraires forfaitaires visés à la rubrique II du § 1^{er}, 1^o, 2^o et 3^o et à la rubrique IV du § 1^{er}, 1^o et 2^o:"
- (...)
- "A.R. 25.4.2004" (en vigueur 1.6.2004)
- "2^o Les honoraires forfaitaires visés à la rubrique II du § 1^{er}, 1^o, 2^o et 3^o remboursent d'une façon forfaitaire les prestations suivantes dispensées au cours d'une même journée de soins :
- a) les prestations de base visées à la rubrique I, A du § 1^{er}, 1^o, 2^o, 3^o et 4^o;
- b) les prestations techniques de soins infirmiers visées à la rubrique I, B du § 1^{er}, 1^o, 2^o, 3^o et 4^o à l'exception des prestations 424395, 424690 et 424852;
- c) tous les actes techniques de soins infirmiers visés à l'annexe 1 de l'arrêté royal du 18 juin 1990, portant fixation de la liste des prestations techniques de soins infirmiers et de la liste des actes pouvant être confiés par un médecin à des praticiens de l'art infirmier, ainsi que les modalités d'exécution relatives à ces prestations et à ces actes et des conditions de qualification auxquelles les praticiens de l'art infirmier doivent répondre, qui ne sont pas repris à la rubrique I, B, à l'exception des prestations techniques spécifiques visées à la rubrique III du § 1^{er}, 1^o, 2^o et 3^o.
- (...)
- "A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 12.9.2001" (en vigueur 1.10.2001)
- "3^o Les honoraires forfaitaires, visés à la rubrique II du § 1^{er}, 1^o, 2^o et 3^o et à la rubrique IV du § 1^{er}, 1^o et 2^o ne peuvent être attestés que si les conditions suivantes sont réalisées :"
- "A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 12.9.2001" (en vigueur 1.10.2001) + "A.R. 3.8.2007" (en vigueur 1.10.2007)
- "a) pour chaque bénéficiaire dans le chef duquel des honoraires forfaitaires visés à la rubrique II du § 1^{er}, 1^o, 2^o et 3^o et à la rubrique IV du § 1^{er}, 1^o et 2^o ont été attestés, une toilette (prestations 425110, 425515 ou 425913) par journée de soins a été effectuée à l'exception des honoraires forfaitaires PP;"
- "A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 12.9.2001" (en vigueur 1.10.2001) + "A.R. 22.11.2013" (en vigueur 1.1.2014)
- "b) le praticien de l'art infirmier tient un dossier qui correspond aux dispositions du § 4, 2^o;"
- "A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 8.7.1997" (en vigueur 1.10.1997)
- "c) pour chaque forfait attesté, plusieurs des pseudo-codes suivants, correspondants aux prestations effectuées pendant la journée de soins doivent être mentionnés complémentirement au numéro de code de la nomenclature du forfait :"
- (...)

Directive relative au contenu de la planification et de l'évaluation

Cette directive concernant le contenu de la planification et de l'évaluation a été diffusée par le biais de 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.

Circulaire relative au 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.

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Contenu minimal 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prestations de type 1: ▪ Nomenclature par acte (sauf les prestations qui se trouvent sous un autre type) + T2 et T7 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prestations de type 2: ▪ Prestations forfaitaires et soins de plaies complexes 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prestations de type 3: ▪ Prestations palliatives, PTSSI, consultation infirmière, prestations diabètes, soins de plaies spécifiques
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Niveau 1: 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ - ID bénéficiaire ▪ - ID infirmier ▪ - Prestations effectuées ▪ - Echelle d'évaluation si exigée ▪ - Prescription si exigée ▪ - ID prescripteur si exigée 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ - ID bénéficiaire ▪ - ID infirmier ▪ - Prestations effectuées ▪ - Echelle d'évaluation si exigée ▪ - Prescription si exigée ▪ - ID prescripteur si exigée 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ - ID bénéficiaire ▪ - ID infirmier ▪ - Prestations effectuées ▪ - Echelle d'évaluation si exigée ▪ - Prescription si exigée ▪ - ID prescripteur si exigée
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Niveau 2: ▪ Planification et évaluation 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ - Planification ▪ - Evaluation ▪ Les éléments relevant concernant la planification et l'évaluation doivent être mentionnés au moins <u>tous les deux mois</u>. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ - Planification ▪ - Evaluation ▪ Les éléments relevant concernant la planification et l'évaluation doivent être mentionnés au moins <u>toutes les deux semaines</u>. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ - 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)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Niveau 3 ▪ Contenu spécifique supplémentaire en fonction de la prestation 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Voir directives spécifiques dans la nomenclature

1.4.3 **Fondements du grief**

Les éléments de l'enquête ayant contribué à établir ce grief sont :

- le dossier de l'assurée
- l'analyse des données informatisées transmises et authentifiées par les différents OA 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.

Cas retenu : Madame E. (déjà reprise au grief 1 – prestations non effectuées)

Le grief concerne la période des prestations attestées du 01/02/2014 au 28/02/2014, introduites à l'OA le 30/04/2015.

L'analyse des données authentifiées montre que madame A. a porté en compte, à l'assurance soins de santé, chaque jour un honoraire forfaitaire dit forfait B, le pseudocode de la 1^{ère} prestation de base et le pseudocode de la prestation soin d'hygiène (toilette).

A noter que ces prestations sont déjà retenues sous le grief 1 - non effectué.

Ces prestations sont reprises aux pages 237 et 238 du listing des prestations (document E/15046900-0151).

1.4.4 **Argumentation et position du SECM**

L'analyse du dossier infirmier de l'assurée montre qu'en février 2014, le dossier a été complété chaque jour pendant l'hospitalisation de l'assurée.

Or, l'assurée était hospitalisée (cf. point 4.1.3.2 – grief 1 « non effectué » - page 22 de cette note de synthèse), aucun soin ne lui a été prodigué par madame A. et aucune mention ne devait donc être complétée.

Le dossier infirmier doit refléter la réalité des soins effectués, l'identité du prestataire qui a dispensé les soins, l'évaluation des soins.

1.4.5 **Position et justifications du dispensateur de soins**

En date du 14/02/2017, madame A. déclare :

« (...) Vous me demandez comment je tiens mes dossiers infirmiers. Je les tiens un peu plus régulièrement maintenant que j'ai appris que c'était obligatoire, j'ai surtout commencé avec C., un peu plus maintenant. Je n'avais que des dossiers papier, et quand on a eu l'inondation, on a essayé de refaire des dossiers à l'ordinateur, moi, une amie infirmière et mon frère. Ce n'était pas possible de tout rattraper, on a essayé de les refaire sur base de ce qu'on pouvait relire, mais l'eau a détruit beaucoup. (...) »

En date du 01/03/2017, madame A. déclare :

« (...) A votre demande, je vous remets les dossiers de (...) Madame E., je n'en ai plus besoin immédiatement pour la continuité des soins car je suis passée au système informatique Mobi33. (...) »

En date du 04/04/2017, lors de son audition concomitante à la remise des PVC, madame A. déclare :

« (...) Nous abordons le 4^{ème} grief : vous me dites qu'il concerne le dossier infirmier d'une assurée, pour un mois, et vous me précisez que ce grief a été établi à titre subsidiaire pour servir d'exemple.

J'ai des difficultés avec le contenu du dossier, je demande à plusieurs infirmières. Vous me répondez que ce n'est pas chez d'autres infirmières que je dois me renseigner, mais que je dois respecter la Nomenclature, et que je pourrai la trouver dans le PVC.

Je suis d'accord que je n'aurais pas dû faire de dossier chez une patiente hospitalisée, je ne conteste donc pas le grief.(...) »

1.4.6 Conclusion

Madame A. a admis la matérialité des faits.

Le SECM retient à grief les prestations attestées du 01/02/2014 au 28/02/2014, à titre subsidiaire, car déjà litigieuses sous le grief 1.

Aucun indu n'a du être remboursé pour ce grief 4, l'indu résiduel étant de 0,00 €.

Pour l'ensemble des griefs susvisés, l'indu total a été évalué à 50.798,77 euros

Madame A. a procédé au remboursement total de l'indu le 08/06/2017.

DISCUSSION

2.1. Quant au bien-fondé des griefs

Madame A. et la scprl B. n'ont pas fait parvenir de moyens de défense.

Il ressort de l'ensemble des pièces du dossier d'enquête que les éléments matériels constitutifs des griefs sont réunis et prouvés au regard des déclarations des assurés et celles de Madame A.

Madame A. a reconnu le bien fondé des griefs formulés à son encontre.

2.2. Quant à l'indu

Les griefs formulés ont entraîné des débours indus dans le chef de l'assurance obligatoire soins de santé pour un montant total de 50.798,77 euros.

Il y a lieu d'ordonner le remboursement de cet indu en application de l'article 142, §1^{er}, 2^o, de la loi SSI.

En application de l'article 164, alinéa 2, de la loi SSI, la scprl B. doit être condamnée solidairement au remboursement de la valeur des prestations indues.

Le montant total de l'indu a été intégralement remboursé le 08.06.2017.

2.3. Quant aux amendes administratives

2.3.1. Quant au régime juridique de l'amende administrative.

Les mesures prévues à l'article 142, §1er, 1° et 2° de la loi SSI sont d'application, à savoir:

- pour le grief de prestations non effectuées (grief 1) : remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé et une amende administrative comprise entre 50 % et 200 % du montant de la valeur des prestations concernées (article 73bis, 1° et article 142, §1er , 1°, de la loi SSI).
- pour les griefs de prestations non conformes (griefs 2 et 3): remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé et/ou une amende administrative comprise entre 5 % et 150 % du montant de la valeur des prestations concernées (article 73bis, 2° et article 142, §1^{er} , 2°, de la loi SSI).

Par ailleurs, l'article 157 § 1er de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 dispose que « *Le Fonctionnaire-dirigeant ou le fonctionnaire désigné par lui (...) peut décider qu'il sera sursis en tout ou en partie, à l'exécution des décisions infligeant les amendes visées à l'article 142. Le sursis d'une durée de un à trois ans, peut être accordé lorsque dans les trois ans précédant le prononcé, aucune amende administrative n'a été infligée ni aucun remboursement de prestations indues n'a été imposé à l'intéressé par une instance administrative ou juridictionnelle instituée au sein ou auprès de l'Institut. Le sursis est révoqué de plein droit lorsque le dispensateur est condamné du chef d'une nouvelle infraction visée à l'article 73bis, commise pendant le délai d'épreuve* ».

2.3.2. Quant au quantum des amendes administratives

En l'espèce, le Service d'évaluation et de contrôle médicaux estime nécessaire de prononcer une amende administrative à charge de Madame A.

Pour établir le quantum de l'amende, il est tenu compte des éléments suivants :

2.3.2.1. Pour les prestations non effectuées (grief 1), cette infraction est la plus grave qui puisse être reprochée à un dispensateur de soins.

Ce comportement est inacceptable dans le chef d'un dispensateur de soins, habilité à porter des prestations en compte à l'assurance obligatoire.

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

Les agissements de Madame A. sont, non seulement, de nature à miner l'équilibre financier de l'assurance obligatoire mais également de nature à ébranler la confiance légitime que les assurés sociaux et la collectivité, dans son ensemble, accordent aux dispensateurs de soins.

Le montant indu qui en est résulté pour l'assurance obligatoire, soit 32.687,59 euros (pour 4671 prestations), est important.

2.3.2.2. Pour les prestations non conformes (griefs 2 et 3), il y a lieu de rappeler que le législateur a encadré de manière très précise les possibilités d'attester des soins, afin d'éviter les abus qui pourraient découler d'une appréciation souple et extensive des conditions fixées par la Nomenclature.

De plus, 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.

En outre, s'ils ne s'y conforment pas, ils brisent ce rapport de confiance et mettent en péril l'équilibre des deniers publics.

Le montant indu qui en est résulté pour l'assurance obligatoire, soit 18.111,18 euros (pour 4671 prestations), est important.

2.3.2.3. Le comportement de Madame A. est inexcusable au regard de sa formation et de son expérience professionnelle. De plus, Madame A. a également un antécédent au sein du Service (dossier E/...).

Toutefois, l'intéressée a reconnu les griefs. Elle a également procédé au remboursement de la totalité de l'indu et elle a fait preuve d'une bonne collaboration durant l'enquête.

2.3.2.4. En tenant compte de tous ces éléments, le Fonctionnaire-dirigeant a décidé d'infliger une amende de 100% pour le grief 1, le plus grave. Toutefois, il est accordé un sursis à l'exécution de cette amende pour la moitié (16.343,79 euros) et ce pour trois ans (article 157, §1er, de la loi SSI coordonnée).

L'amende effective pour le grief 1 s'élève donc à 16.343,79 euros

Pour les griefs 2 et 3, le Fonctionnaire-dirigeant a décidé d'infliger une amende de 50%. Toutefois, il est décidé d'assortir cette amende administrative d'une mesure de sursis total.

3. La demande au titre des intérêts

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

« § 1^{er}. 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 établis les griefs ;
- Condamne solidairement Madame A. et la scrl B. à rembourser la valeur des prestations indues s'élevant à 50.798,77 euros ;
- Constate que ce montant a été intégralement remboursé ;
- Condamne, pour le grief 1, Madame A. à payer une amende administrative de 100% de la valeur de prestations indûment remboursées par l'ASSI (32.687,59 euros) mais accorde un sursis pour la moitié pour une durée de 3 ans, soit une amende effective à payer de 16.343,79 euros ;
- Condamne, pour les griefs 2 et 3, Madame A. à payer une amende administrative de 50% de la valeur de prestations indûment remboursées par l'ASSI mais accorde un sursis pour la totalité pour une durée de 3 ans ;
- 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 19 mars 2019

Le Fonctionnaire – dirigeant f.f.,

Dr Philip Tavernier
Médecin-directeur général f.f.