

**DECISION DU FONCTIONNAIRE-DIRIGEANT DU 27 OCTOBRE 2016  
BRS/F/16-019**

Concerne : **Monsieur A.**  
**Praticien de l'art infirmier**

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

**1. GRIEFS FORMULES**

Quatre griefs ont été formulés concernant Monsieur A., infirmier, 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 :

**Grief n° 1 : Prestations non effectuées**

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

**Infraction visée à l'art 73 bis 1° de la loi sur l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.**

Il s'agit, en l'occurrence, de prestations de l'article 8 § 1<sup>er</sup> 1° I et II 2° I et II de la nomenclature et du code 418913 (*Convention Nationale entre les infirmières et les organismes assureurs - W/97 : en vigueur depuis le 01/01/2013*) portés en compte au nom de 2 assurés.

**Base réglementaire du grief**

La base réglementaire part du principe général que les prestations ne sont remboursables par l'assurance soins de santé que pour autant qu'elles soient dûment effectuées au bénéfice de l'assuré.

## Prestations en cause

### Arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnité

Code	Libellé	Lettre	Coeff
<b>Chapitre III. Soins courants</b>			
<b>Section 4. Soins donnés par des infirmiers gradués ou assimilés, des accoucheuses, des infirmiers brevetés, hospitaliers/assistants en soins hospitaliers ou assimilés</b>			
<b>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).</b>			
<b>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."</b>			
<b>"1° Prestations effectuées au cours d'une séance de soins infirmiers au domicile ou à la résidence du bénéficiaire.</b>			
<b>I. Séance de soins infirmiers</b>			
<b>A. Prestation de base</b>			
425014	Première prestation de base de la journée de soins	W	0,879
(...)			
<b>B. Prestations techniques de soins infirmiers</b>			
425110	Soins d'hygiène (toilettes)	W	1,167
(...)			
<b>"II. Honoraires forfaitaires par journée de soins pour des patients lourdement dépendants."</b>			
425272	Honoraires forfaitaires, dits forfait A, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants: - dépendance pour le critère se laver et le critère s'habiller (score 3 ou 4), et - dépendance pour le critère transfert et déplacements et/ou le critère aller à la toilette (score 3 ou 4)	W	3,825
<b>"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.</b>			
<b>I. Séance de soins infirmiers</b>			
<b>A. Prestation de base</b>			
425412	Première prestation de base de la journée de soins	W	1,206
(...)			
<b>B. Prestations techniques de soins infirmiers</b>			
425515	Soins d'hygiène (toilettes)	W	1,754
(...)			
<b>"II. Honoraires forfaitaires par journée de soins pour des patients lourdement dépendants."</b>			
425670	Honoraires forfaitaires, dits forfait A, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants: - dépendance pour le critère se laver et le critère s'habiller (score 3 ou 4), et - dépendance pour le critère transfert et déplacements et/ou le critère aller à la toilette (score 3 ou 4)	W	5,710

### Texte coordonné de la Convention Nationale entre les infirmières et les organismes assureurs - W/97 : en vigueur depuis le 01/01/2013

« (...) Art. 4. § 1er. Les honoraires des prestations effectuées au domicile ou résidence du bénéficiaire comprennent un montant moyen correspondant à 0,224 W qui couvre forfaitairement tous les frais de déplacement des praticiens de l'art infirmier.

§ 2. Pour les prestations effectuées au domicile ou résidence du bénéficiaire situés dans les communes citées ci-après, il est accordé, en outre, pour chaque séance de soins un montant correspondant à 0,546 W (numéro de code 418913) qui couvre forfaitairement tous les frais supplémentaires de déplacement des praticiens de l'art infirmier.

Les communes visées à l'alinéa précédent sont les suivantes (ce sont celles situées dans les cantons électoraux visés dans le Moniteur belge du 17 mars 1984 et qui ont une densité de population inférieure ou égale à 120 habitants par km<sup>2</sup> sur la base des données de population de 1988) : (...) Celles (...) Beauraing (...) ».

### **Prestation en cause :**

Libellé	Code	Lettre-clé	Coefficient
Déplacement	418913	W	0,546

### **GRIEF n° 2 : Prestations non conformes : toilettes absentes ou incomplètes**

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

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

En l'espèce, il s'agit de prestations de soins d'hygiène non attestables au sens de l'article 8°, §6, 8° de la nomenclature (toilettes incomplètes) ou d'honoraires forfaitaires non attestables au sens de l'article 8, §5, 3° dans la mesure où le soin d'hygiène était absent ou incomplet. Les prestations en cause relèvent de l'article 8 § 1<sup>er</sup> 1° I et II et du § 1<sup>er</sup> 2° I et II de la nomenclature des prestations de santé.

#### **Base réglementaire du grief**

Le grief se fonde sur la conjonction des dispositions de § 6, 8° de l'article 8 de la nomenclature des prestations de santé qui disposent :

§ 6. Précisions relatives aux toilettes (prestations 425110, 425515, 425913 et 427755) : "(...)"

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. (...) »

### **GRIEF n°3 : Prestations non conformes : surscorage échelle de KATZ**

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

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

En l'espèce, il s'agit de 2 cas de bénéficiaires, au nom desquels des honoraires forfaitaires A visés à l'article 8 de la nomenclature, ont été portés en compte alors que les conditions requises pour pouvoir les facturer, telles qu'elles sont prévues à l'article 8, § 5, 1° de cette même nomenclature n'étaient pas remplies : les prestations ont été portées en compte sur base d'une surévaluation d'items de l'échelle d'évaluation de la dépendance physique.

Les prestations en cause relèvent de l'article 8 § 1<sup>er</sup> 1° II et du § 1<sup>er</sup> 2° II de la nomenclature des prestations de santé.

**Base réglementaire du grief**

**Arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités**

**Art. 8 § 5. Précisions relatives aux honoraires forfaitaires visés à la rubrique II du § 1er, 1°, 2°, 3°bis et à la rubrique IV du § 1er, 1° et 2°:**

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

a) Se laver :

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

b) S'habiller :

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

c) Transfert et déplacements :

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

d) Aller à la toilette

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

s'essuyer;

(3) A besoin d'aide pour deux des trois items : se déplacer et/ou s'habiller et/ou s'essuyer;

(4) A besoin d'aide pour les trois items : se déplacer et s'habiller et s'essuyer.

e) Continence :

(1) Est continent pour les urines et les selles;

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

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

(4) Est incontinent pour les urines et les selles.

f) Manger :

(1) Est capable de manger et de boire seul;

(2) A besoin d'une aide préalable pour manger ou boire;

(3) A besoin d'une aide partielle pendant qu'il mange ou boit;

(4) Le patient est totalement dépendant pour manger et boire.

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

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

b) les prestations techniques de soins infirmiers visées à la rubrique I, B du § 1er, 1°, 2°, 3°, 3 bis et 4° à l'exception des prestations 424395, 424690, 427991 et 424852;

(...)

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

a) pour chaque bénéficiaire dans le chef duquel des honoraires forfaitaires visés à la rubrique II du § 1er, 1°, 2°, 3° et 3 bis et à la rubrique IV du § 1er, 1° et 2° ont été attestés, une toilette (prestations 425110, 425515 ou 425913 ou 427755) par journée de soins a été effectuée à l'exception des honoraires forfaitaires PP

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

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

#### **« Directives pour l'utilisation de l'échelle d'évaluation »**

Le Service des soins de santé de l'INAMI a élaboré des directives pour l'utilisation de l'échelle d'évaluation de la dépendance physique.

Ces directives ont été adressées par ledit Service à l'ensemble des praticiens de l'art infirmier du Royaume par lettre circulaire n° 2011/01.

Elles peuvent également être consultées sur le site [www.inami.fgov.be](http://www.inami.fgov.be).

## Prestations en cause

### Arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

Code	Libellé	Lettr e	Coeff
<b>Chapitre III. Soins courants</b>			
<b>Section 4. Soins donnés par des infirmiers gradués ou assimilés, des accoucheuses, des infirmiers brevetés, hospitaliers/assistants en soins hospitaliers ou assimilés</b>			
<b>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."</b>			
<b>1° Prestations effectuées au cours d'une séance de soins infirmiers au domicile ou à la résidence du bénéficiaire</b>			
(...)			
<b>II. Honoraires forfaitaires par journée de soins pour des patients lourdement dépendants</b>			
425272	Honoraires forfaitaires, dits forfait A, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants : - dépendance pour le critère se laver et le critère s'habiller (score 3 ou 4), et - dépendance pour le critère transfert et déplacements et/ou le critère aller à la toilette (score 3 ou 4)	W	3,825
(...)			
<b>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</b>			
(...)			
<b>II. Honoraires forfaitaires par journée de soins pour des patients lourdement dépendants</b>			
425670	Honoraires forfaitaires, dits forfait A, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants : - dépendance pour le critère se laver et le critère s'habiller (score 3 ou 4), et - dépendance pour le critère transfert et déplacements et/ou le critère aller à la toilette (score 3 ou 4)	W	5,710
(...)			

### GRIEF n° 4 : Prestations non conformes : déplacements zone rurale

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

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

Il s'agit, en l'occurrence, de la prestation 418913, non conforme à l'article 4 §2 de la Convention nationale entre les infirmières et les organismes assureurs W/97, portée en compte aux noms de 3 assurés.

## **Base réglementaire**

### **Texte coordonné de la Convention Nationale entre les infirmières et les organismes assureurs - W/97 : en vigueur depuis le 01/01/2013**

« (...) Art. 4. § 1er. Les honoraires des prestations effectuées au domicile ou résidence du bénéficiaire comprennent un montant moyen correspondant à 0,224 W qui couvre forfaitairement tous les frais de déplacement des praticiens de l'art infirmier.

§ 2. Pour les prestations effectuées au domicile ou résidence du bénéficiaire situés dans les communes citées ci-après, il est accordé, en outre, pour chaque séance de soins un montant correspondant à 0,546 W (numéro de code 418913) qui couvre forfaitairement tous les frais supplémentaires de déplacement des praticiens de l'art infirmier.

Les communes visées à l'alinéa précédent sont les suivantes (ce sont celles situées dans les cantons électoraux visés dans le Moniteur belge du 17 mars 1984 et qui ont une densité de population inférieure ou égale à 120 habitants par km<sup>2</sup> sur la base des données de population de 1988) : (...) Celles (...) Beauraing (...) »

## **Prestation en cause**

Libellé	Code	Lettre-clé	Coefficient
Déplacement	418913	W	0,546

## **2. DISCUSSION**

### **2.1. Quant au fond**

#### **Premier grief**

#### **Fondement du grief**

Le grief se fonde sur les éléments suivants :

- les déclarations des assurés et de tiers
- le cahier de liaison, tenu au domicile de certains assurés et les dossiers infirmiers
- les déclarations de Monsieur A., en date du 9 octobre 2015 et du 10 décembre 2015
- les données authentifiées, transmises par les organismes assureurs.

#### **Argumentation**

Des prestations ont été portées en compte à des dates pour lesquelles ni le dossier infirmier, ni le cahier de liaison ne mentionnent des prestations et/ ou passages de Monsieur A.

Des prestations ont été portées en compte à des dates pour lesquelles le dossier infirmier ne mentionne aucune prestation alors que le cahier de liaison mentionne des passages et des prestations de Monsieur A.

Afin de déterminer les prestations litigieuses, il a été tenu compte du cahier de liaison pour un assuré et du dossier infirmier pour l'autre assuré (*pas de cahier de liaison pour cet assuré*).

### **Position du dispensateur de soins**

Lors de son audition du 10 décembre 2015, Monsieur A. a déclaré qu'il n'allait pas, tous les jours, chez l'un des assurés concernés et n'avait assuré une prise en charge, que durant une période très limitée, chez l'autre assuré. Pour ce dernier assuré, Monsieur A. a reconnu avoir été négligent car il ne vérifiait pas la tarification effectuée par un tiers. Il a manifesté son intention de rembourser les prestations non effectuées, pour ce cas.

Monsieur A. n'a pas réagi au procès-verbal de constat qui lui a été notifié le 15 février 2016.

### **Conclusion du grief 1**

Le grief est formulé pour deux bénéficiaires et 1.822 prestations durant la période du 01/02/2014 au 30/04/2015 et introduites au remboursement entre le 04/03/2014 et le 31/05/2015, à savoir 167 X 425272 W 3,825, 93 x 425670 W 5,710, 300 x 425014 W 0,879, 300 x 425110 W1,167, 134 x 425412 W1,206, 134 x 425515 W1,754 et 694 x 418913 W 0,546.

L'indu total pour le grief 1 est de 9.831,50 € et le remboursement n'a pas été effectué.

### **Deuxième grief**

#### **Fondement du grief**

Le grief se fonde sur les éléments suivants :

- les déclarations des assurés et de tiers ;
- le cahier de liaison, tenu au domicile de certains assurés et les dossiers infirmiers ;
- les déclarations de Monsieur A., en date du 9 octobre 2015 et du 10 décembre 2015 ;
- les données authentifiées, transmises par les organismes assureurs.

#### **Argumentation**

Il apparaît, suite aux auditions des assurés et des tiers, que les toilettes effectuées n'étaient pas ou pas toujours des toilettes complètes. Ceci est confirmé par le contenu du cahier de liaison ou le dossier infirmier des assurés. Des mentions « petites toilettes » ou « Toilette (DOS) » figurent dans le cahier de liaison ou le dossier infirmier.

### **Position du dispensateur de soins**

Monsieur A. a déclaré, lors de ses auditions, qu'il ne faisait pas toujours des toilettes complètes. La description, faite par Monsieur A., du contenu des « petites toilettes » est variable.

Monsieur A. a également précisé, lors de son audition du 10 décembre 2015, que, parfois, les assurés ne souhaitaient pas ou refusaient une toilette complète.

Monsieur A. n'a pas réagi au procès-verbal de constat qui lui a été notifié le 15 février 2016.

### **Conclusion du grief 2**

*Le grief est formulé pour trois bénéficiaires et 374 prestations effectuées durant la période du 01/02/2014 au 29/04/2015 et introduites au remboursement entre le*



28/02/2014 et le 31/05/2015, à savoir 203 X 425272 W 3,825, 150 x 425670 W 5,710, 4 x 425014 W 0,879, 10 x 425110 W1,167, 2 x 425412 W1,206, 5 x 425515 W1,754.

L'indu total pour le grief 2 est de 7.306,13 €.

Le remboursement n'a pas été effectué.

### **Troisième grief**

#### **Fondement du grief**

Le grief se fonde sur

- les déclarations des assurés et de tiers
- l'évaluation, dans le décours de l'audition des assurés et de tiers, du degré de dépendance physique, tel qu'il existait au moment des faits litigieux ;
- le cahier de liaison, tenu au domicile des assurés et le contenu des dossiers infirmiers ;
- les déclarations de Monsieur A., en date du 9 octobre 2015 et 10 décembre 2015 ;
- les données authentifiées, transmises par les organismes assureurs.

#### **Argumentation**

Le degré d'autonomie des deux assurés, tel qu'évalué par le S.E.C.M., leur permettait de bénéficier du remboursement d'une toilette quotidienne mais pas d'honoraires forfaitaires dans le cadre d'un forfait A.

Dans les 2 cas, l'échelle de KATZ a été modifiée en août 2015 par Monsieur A. en mentionnant des scores autorisant à porter en compte des soins d'hygiène, avec un maximum de 7 toilettes par semaine mais plus un forfait A .

Les auditions des assurés et de tiers, les rapports médicaux éventuels, les mentions figurant dans les cahiers de liaisons confortent l'évaluation faite par le service et ne font pas état de périodes d'aggravation, qui aurait pu justifier des honoraires forfaitaires dans le cadre d'un forfait A.

Aucun autre pseudo-code que les pseudo-codes 426635 (1ère prestation de base) et 426731 (soins d'hygiène) n'a été mentionné en complément des codes d'honoraires forfaitaires « forfait A ».

Le calcul de l'indu différentiel a été effectué en tenant compte des pseudo-codes effectivement mentionnés, à savoir les pseudo-codes 426635 (1<sup>ère</sup> prestation de base) et 426731 (soins d'hygiène).

#### **Position du dispensateur de soins**

*Lors de son audition en date du 10 décembre 2015, Monsieur A. a marqué son accord avec la nouvelle cotation qui permet de facturer un maximum de 7 toilettes par semaine et non des honoraires forfaitaires dans le cadre d'un forfait A. Monsieur A. a précisé qu'il avait d'ailleurs, d'initiative, modifié en août 2015, les scores de l'échelle de KATZ des 2 assurés, dans ce sens (soins d'hygiène avec un maximum de 7 toilettes par semaine). Monsieur A. a également reconnu n'avoir mentionné aucun autre pseudo-code que les pseudo-codes 426635 (1ère prestation de base) et 426731 (soins d'hygiène) en complément des codes d'honoraires forfaitaires «forfait A».*

### **Conclusion du grief 3**

Le grief est formulé pour deux bénéficiaires et 953 prestations effectuées durant la période du 01/01/2014 au 30/04/2015 et introduites au remboursement entre le 28/02/2014 et le 31/05/2015 à savoir 662 X 425272 W 3,825 et 291 x 425670 W 5,710.

L'indu différentiel concerne, en partie, des prestations déjà retenues à titre principal sous le grief 1 «non effectué» et le grief 2 «toilettes absentes ou incomplètes».

L'indu s'élève à 2.914,72 € (chevauchements avec les griefs 1 et 2).

Le remboursement n'a pas été effectué, malgré la reconnaissance du grief par le prestataire.

### **Quatrième grief**

#### **Argumentation**

Les déplacements portés en compte sous le code 418913 prévu à l'article 4, § 2 de la Convention ne sont attestables qu'en complément d'actes techniques repris à l'article 8 §1 de la nomenclature des prestations de santé.

Concernant les prestations litigieuses figurant au grief 2, pour les codes 425110 et 425515 de soins d'hygiène (toilettes) ou pour le pseudo-code 426731 (toilette), mentionnés complémentirement au numéro de code de la nomenclature du forfait A, il s'agissait de toilettes absentes ou incomplètes ou d'un rafraîchissement (non conforme à la définition de la toilette reprise à l'article 8) et donc non attestables.

Il n'y avait pas d'autres actes techniques ou d'autres pseudo-codes que le pseudo-code 426635 (1<sup>ère</sup> prestation de base) repris à l'article 8 §1 de la NPS.

Les déplacements portés en compte sous le code 418913, prévu à l'article 4, § 2 de la Convention ne sont donc pas attestables.

#### **Position du dispensateur de soin**

Monsieur A. n'a pas réagi au PVC qui lui a été notifié le 15 février 2016.

### **Conclusion du grief 4**

Le grief est formulé pour trois bénéficiaires et 359 prestations effectuées durant la période du 01/01/2014 au 29/04/2015 et introduites au remboursement entre le 28/02/2014 et le 31/05/2015, à savoir 359 X 418913 W 0,546.

L'indu pour le grief 4 est de 656,97 €.

Le remboursement n'a pas été effectué.

Il résulte, des explications détaillées ci-dessus, que la matérialité des quatre griefs est établie.

## **2.2. Quant à l'indu**

Pour ces quatre griefs, l'indu total a été évalué à **20.709,32 €**.

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

## **2.3. Quant aux amendes administratives**

### **2.3.1. Législation applicable**

Les prestations ont été introduites auprès des organismes assureurs entre le 1<sup>er</sup> février 2014 et le 30 mai 2015.

En vertu de l'article 169 de la loi ASSI, les sanctions applicables sont celles visées à l'article 142, §1, 1° et 2° de la loi ASSI qui stipule :

*« §1<sup>er</sup>. 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 73 bis :*

*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°*

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

### **2.3.2. Quant au montant des amendes administratives**

En l'espèce, le Service d'évaluation et de contrôle médicaux estime nécessaire de prononcer des amendes administratives à charge de Monsieur A..

Si Monsieur A. n'a pas d'antécédents au sein du Service, il a néanmoins porté en compte, à l'assurance obligatoire soins de santé, des prestations qui n'ont pas été effectuées. Cette infraction est la plus grave qui puisse être reprochée à un dispensateur de soins.

Monsieur A. a également porté en compte à l'assurance des prestations non conformes.

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 Monsieur 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 20.709,32 €, est un montant important.

Monsieur A. n'a, jusqu'à présent, procédé à aucun remboursement de l'indu.

En tenant compte de tous ces éléments, le Fonctionnaire-dirigeant a décidé d'infliger une amende effective de 150% pour le premier grief (prestations non effectuées), le plus grave, soit 14.747,25 €.

Pour les deuxième, troisième et quatrième griefs (prestations non conformes), l'amende infligée sera de 100 % soit 10.877,82 € dont 50% (5.438,91€) en amende effective et 50% (5.438,91€) en amende assortie d'un sursis de trois ans.

**PAR CES MOTIFS,**

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

**APRES EN AVOIR DELIBERE,**

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

- Déclare les quatre griefs établis ;
- Condamne Monsieur A. à rembourser la valeur des prestations indues s'élevant à 20.709,32 € ;
- Condamne Monsieur A. à payer une amende effective de 150% pour le premier grief, soit 14.747,25 € ;
- Condamne Monsieur A. à payer une amende de 100% pour les deuxième, troisième et quatrième griefs, dont 50% en amende effective (5.438,91€) et 50% en amende assortie d'un sursis de trois ans (5.438,91€);
- 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.

Ainsi décidé à Bruxelles, le 27/10/2016

Le Fonctionnaire - dirigeant,

Dr Bernard HEPP  
Médecin-directeur général