

DECISION DU FONCTIONNAIRE-DIRIGEANT DU 12 MARS 2019  
BRS/F/18-029

Concerne : **Monsieur A.**  
**Infirmier**  
**Et**  
**SPRL B.**

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

## **1 GRIEF FORMULE**

Un grief unique a été formulé concernant Monsieur 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 :

**D'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 ASSI coordonnée le 14 juillet 1994**

Entre le 31/01/2015 et le 31/07/2016 inclus (date d'introduction auprès des organismes assureurs), Monsieur A., prestataire de soins et gérant de la société SPRL B. a porté en compte à l'Assurance Obligatoire Soins de Santé et Indemnités **2.572 prestations indues (non effectuées)** pour un montant de **26.243,27 €**. Ces prestations querellées s'étendent sur une période allant du 01/12/2014 au 30/06/2016 inclus.

### **1.1 Prestations en cause**

Nomenclature des prestations de santé.

*"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)*

**"Art. 8. § 1<sup>er</sup>.** 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<sup>er</sup>, 1°, 2°, 3° et 3°bis requièrent la qualification d'infirmier gradué ou assimilé, d'accoucheuse ou d'infirmier breveté."

*"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997)*

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

## I. Séance de soins infirmiers.

### A. Prestation de base.

425014	Première prestation de base de la journée de soins	W 0,879
425036	Deuxième prestation de base de la journée de soins	W 0,879

### B. Prestations techniques de soins infirmiers."

"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 17.9.2005" (en vigueur 1.10.2005)

" 425110 Soins d'hygiène (toilettes) W 1,167 "

"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997)

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

"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)

" 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 "

"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 13.10.2004" (en vigueur 1.1.2005)

" 425294 Honoraires forfaitaires, dits forfait B, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants:  
- dépendance pour le critère se laver et le critère s'habiller (score 3 ou 4), et  
- dépendance pour le critère transfert et déplacements et le critère aller à la toilette (score 3 ou 4), et  
- dépendance pour le critère continence et/ou pour le critère manger (score 3 ou 4) W 7,371 "

"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)

" 425316 Honoraires forfaitaires, dits forfait C, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants:  
- dépendance pour le critère se laver (score 4) et le critère s'habiller (score 4), et  
- dépendance pour le critère transfert et déplacements (score 4) et le critère aller à la toilette (score 4), et - dépendance pour le critère continence et pour le critère manger (pour laquelle un des deux critères obtient un score de 4, et l'autre un score de minimum 3) W 10,083 "

"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997)

### "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.

"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997)

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

"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 13.10.2004" (en vigueur 1.1.2005)

" 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

**425692** Honoraires forfaitaires, dits forfait B, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants:  
 - dépendance pour le critère se laver et le critère s'habiller (score 3 ou 4), et  
 - dépendance pour le critère transfert et déplacements et le critère aller à la toilette (score 3 ou 4), et  
 - dépendance pour le critère continence et/ou pour le critère manger (score 3 ou 4) W 10,944 "

"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)

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

"A.R. 19.1.2011" (en vigueur 1.1.2010)

"**VIII**

**428035** valorisation des prestations multiples et contraignantes chez les patients très dépendants W 0,134 "

"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 12.9.2001" (en vigueur 1.10.2001) + "A.R. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014)

"**§ 5.** Précisions relatives aux honoraires forfaitaires visés à la rubrique II du § 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup>, 2<sup>o</sup>, 3<sup>o</sup> et 3<sup>o</sup>bis et à la rubrique IV du § 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup> et 2<sup>o</sup>:"

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 :"

"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 8.7.1997" (en vigueur 1.10.1997) +

"A.R. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003 + "A.R. 3.8.2007" (en vigueur 1.10.2007) +

"A.R. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014)

Prestation	Pseudo-code	Nombre	N° INAMI du prestataire
1ère prestation de base	426635		
2ème prestation de base	426650		
3ème prestation de base	426672		
425110, 425515, 425913 ou 427755	426731		

## 1.2 Références réglementaires

### Nomenclature des prestations de santé.

#### Article 8

"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 22.11.2013" (en vigueur 1.1.2014)

"SECTION 4. - Soins donnés par des infirmiers gradués ou assimilés, des accoucheuses, des infirmiers brevetés, des hospitaliers/assistants en soins hospitaliers ou assimilés."

"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)

"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, visés sous rubrique III du § 1er, 1°, 2°, 3° et 3°bis requièrent la qualification d'infirmier gradué ou assimilé, d'accoucheuse ou d'infirmier breveté."

...

"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."

"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014)

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

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

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

"A.R. 27.3.2012" (en vigueur 1.6.2012) + "A.R. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014)

"Lorsque les soins infirmiers dispensés au bénéficiaire comportent des prestations techniques, décrites à la rubrique I, B du § 1er, 1°, 2°, 3°, 3°bis et 4° de cet article, le contenu minimal du dossier infirmier comporte alors, en plus des éléments du premier alinéa de cette disposition, également :"

"A.R. 27.3.2012" (en vigueur 1.6.2012)

- 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."

"A.R. 27.3.2012" (en vigueur 1.6.2012) + "A.R. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014)

"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 § 1er, 1°, 2°, 3° et 3°bis de cet article, le contenu minimal du dossier infirmier comporte alors, en plus des éléments des deux premiers alinéas de cette disposition, également :"

"A.R. 27.3.2012" (en vigueur 1.6.2012)

- 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."

*"A.R. 27.3.2012" (en vigueur 1.6.2012) + "A.R. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014)*

"Lorsque les soins infirmiers dispensés au bénéficiaire comportent des prestations spécifiques techniques de soins infirmiers, décrites à la rubrique III du § 1er, 1°, 2°, 3° et 3°bis de cet article, ou des soins de plaie(s) spécifiques, décrits au § 8, 1° de cet article ou d'autres prestations décrites au § 1er, 1°, V, VI et VII et au § 1er, 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 § 1er, 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 :"

*"A.R. 27.3.2012" (en vigueur 1.6.2012)*

"- 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 § 1er, 1°, VI et VII, et du § 1er, 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. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014)*

"3° Les prestations de base visées à la rubrique I, A du § 1er, 1°, 2°, 3°, 3°bis et 4° 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 § 1er, 1°, 2°, 3°, 3°bis et 4° à l'exception des prestations 424395, 424690, 427991 et 424852, soit une ou plusieurs prestations techniques spécifiques de soins infirmiers visées à la rubrique III du § 1er, 1°, 2°, 3° et 3°bis.

...

*"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 12.9.2001" (en vigueur 1.10.2001) + "A.R. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014)*

"§ 5. Précisions relatives aux 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°:"

*"A.R. 13.10.2004" (en vigueur 1.1.2005) + "A.R. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014)*

"1° La dépendance physique visée à la rubrique II du § 1er, 1°, 2°, 3° et 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.R. 13.10.2004" (en vigueur 1.1.2005)*

"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."

*"A.R. 13.10.2004" (en vigueur 1.1.2005) + Erratum M.B. 17.11.2004*

"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."

*"A.R. 25.10.2006" (en vigueur 1.1.2007)*

"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"

"A.R. 13.10.2004" (en vigueur 1.1.2005)

"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."

"A.R. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014)

"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;"

"A.R. 25.4.2004" (en vigueur 1.6.2004) + "A.R. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014)

"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 § 1er, 1°, 2°, 3° et 3°bis.

Les honoraires forfaitaires pour les patients diabétiques visés à la rubrique VI du § 1er, 1° et 2° peuvent être cumulés avec les honoraires forfaitaires pour des patients lourdement dépendants visés à la rubrique II du § 1er, 1°, 2°, 3° et 3°bis."

"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 12.9.2001" (en vigueur 1.10.2001)

+ "A.R. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014)

"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.R. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014)

"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, 425913 ou 427755) 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°;"

"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 :"

"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 8.7.1997" (en vigueur 1.10.1997) +

"A.R. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003) + "A.R. 3.8.2007" (en vigueur 1.10.2007) +

"A.R. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014)

Prestation	Pseudo-code	Nombre	N° INAMI du prestataire
------------	-------------	--------	-------------------------

1ère prestation de base	426635		
2ème prestation de base	426650		
3ème prestation de base	426672		
4ème prestation de base	426694		
5ème prestation de base	426716		
425110, 425515, 425913 ou 427755	426731		
423054, 423076, 423091, 423253, 423275, 423290, ou 423356, 423371, 423393 ou 427770, 427792, 427814	426753		
424255, 424410, 424550 ou 427836	427210		
424270, 424432, 424572 ou 427851	427232		
424292, 424454, 424594 ou 427873	427254		
425176, 425574, 425972 ou 429030	426790		
425191, 425596, 425994 ou 429052	426812		
425213, 425611, 426016 ou 429074	426834		
425736 ou 425751	428013		
Préparation de médication	426576		
prestations de l'A.R. du 18.06.1990 non reprises aux rubriques I, B et III du § 1er, 1°, 2°, 3° et 3°bis	426856		

"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 12.9.2001" (en vigueur 1.10.2001)

"d) il faut au minimum deux visites par journée de soins pour pouvoir attester le forfait C et forfait PC."

"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 12.9.2001" (en vigueur 1.10.2001) + "A.R. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014)  
"4° 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° doivent être attestés par le praticien de l'art infirmier ayant attesté la première prestation de cette même journée de soins."

"A.R. 8.7.1997" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 18.7.2002" (en vigueur 1.10.2002) + "A.R. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014)  
"§ 6. Précisions relatives aux toilettes (prestations 425110, 425515, 425913 et 427755) :"

"A.R. 8.7.1997" (en vigueur 1.6.1997)

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

### 1.3 **Constat :**

Le constat est fait dans les cas des 3 assurées suivantes :

**1. Madame C. (N° R.N. : ...; O.A. 226).**

Lors de son audition du 14/02/2017, Madame C. a déclaré ne plus avoir bénéficié de soins infirmiers depuis la fin février 2016. Le dossier infirmier de Madame C., tel que remis par Monsieur A à l'occasion de son audition le 23/05/2017, ne comporte pas le contenu minimum requis et ne permet, en l'occurrence, d'identifier aucune prestation de santé au profit de Madame C. au-delà du mois d'août 2015. Au total pour cette assurée, **314 prestations de santé**, s'étendant sur la période du 01/03/2016 au 08/05/2016 inclus et portées en compte à l'assurance Obligatoire Soins de Santé et indemnités entre le 04/04/2016 et le 08/06/2016 inclus, sont concernées par le grief. Elles représentent **un indu** pour l'Assurance Obligatoire Soins de Santé et Indemnités **de 3.248,51 €**. Ces prestations sont reprises dans le listing 1 du PVC.

**2. Madame D. (N° R.N. : ... ; O.A. 216).**

Lors de son audition du 23/05/2017, Monsieur A. a reconnu que Madame D. était sa mère et qu'il lui avait par le passé donné personnellement des soins (toilettes partielles), mais qu'actuellement ceux-ci sont réalisés par un tiers. Le dossier infirmier de Madame D., tel que remis par Monsieur A. à l'occasion de son audition le 23/05/2017, ne comporte pas le contenu minimum requis. Par ailleurs, Monsieur A. y est seul identifié par un paraphe en tant que prestataire des soins. C'est le cas notamment sur les différentes feuilles de relevé des soins infirmiers dispensés à Madame D., aucun autre prestataire légalement habilité à prodiguer des soins infirmiers n'y étant identifié. Au total, dans le cas de cette assurée, **1595 prestations de santé**, s'étendant sur la période du 01/12/2014 au 30/06/2016 inclus et portées en compte à l'assurance Obligatoire Soins de Santé et indemnités entre le 21/01/2015 et le 08/07/2016 inclus, sont concernées par le grief. Elles représentent **un indu** pour l'Assurance Obligatoire Soins de Santé et Indemnités **de 17.286,15 €**. Ces prestations sont reprises dans le listing 2 du PVC.

**3. Madame E. (N° R.N. : ....; O.A. 317).**

A l'occasion d'un contrôle demandé par le Collège National de médecins-conseils, il a été constaté que plus aucune prestation de soins infirmiers n'avaient été dispensée à Madame E. depuis le 06 décembre 2015. Lors de son audition du 13/02/2017, Madame E. a déclaré avoir reçu brièvement des soins infirmiers (toilettes) dans les suites d'un tassement de vertèbres. En février 2016, elle a confirmé ne plus recevoir de soins. Monsieur A. ne dispose pas d'un dossier infirmier individuel pour Madame E. Seules quelques prescriptions et annotations la concernant figurent dans le dossier infirmier de son mari, Monsieur F. (N° R.N. ....). Ce dossier infirmier ne comporte pas le contenu minimum requis. En tout état de cause, il n'est pas possible d'y identifier des prestations de soins infirmiers et ce, plus particulièrement pour la période s'étendant du 06/12/2015 au 13/02/2017, date de l'audition. Au total, dans le cas de cette assurée, **663 prestations de santé**, s'étendant sur la période du 01/12/2014 au 30/06/2016 inclus et portées en compte à l'assurance Obligatoire Soins de Santé et indemnités entre le 31/01/2015 et le 31/07/2016 inclus, sont concernées par le grief. Elles représentent **un indu** pour l'Assurance Obligatoire Soins de Santé et Indemnités **de 5.708,61 €**. Ces prestations sont reprises dans le listing 3 du PVC.

**1.4 Justifications de Monsieur A.**

Dans un courrier daté du 5/8/2017, annexé au courriel adressé en date du 9/8/2017 par Monsieur A., ce dernier ne conteste aucunement le grief. Il y déclare assumer pleinement les manquements professionnels le concernant, car, d'après lui, il a eu parfois une ignorance des lois et obligations



des soins à domicile. Il sollicite un délai pour le remboursement de l'indu de 1000 à 1500 EUR par mois, ce qui a été refusé par la direction du SECM.

Pour ce grief, l'indu total a été évalué à **26.243,27 euros**.

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

## **2 DISCUSSION**

### **2.1 QUANT AU FONDEMENT DES GRIEFS**

Monsieur A. ne conteste pas le grief.

Celui-ci est donc incontestablement établi au regard des éléments repris notamment dans la note de synthèse précitée.

### **2.2 QUANT A L'INDU**

Le grief a entraîné des débours indus dans le chef de l'assurance obligatoire soins de santé pour un montant de 26.243,27 euros.

Monsieur A. n'a pas contesté le montant de l'indu fixé par le SECM

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

Il y a lieu d'ordonner que Monsieur A. procède au remboursement de l'indu, en application de l'article 142, §1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup> de la loi SSI, soit la somme de 26.243,27 euros.

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

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

### **2.3 QUANT À L'AMENDE**

#### **2.3.1 Quant au régime juridique de l'amende administrative**

Pour les prestations non effectuées, l'article 142, §1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup> de la loi SSI prévoit une amende administrative comprise entre 50% et 200% du montant du remboursement.

#### **2.3.2 En l'espèce**

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

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

Le grief concerne des prestations non effectuées.

C'est le grief le plus grave qui puisse être reproché à un dispensateur de soins.

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 portant en compte des prestations qu'il n'avait pas effectuées, Monsieur A. a brisé ce rapport de confiance et mis en péril l'équilibre des deniers publics.

Le dispensateur a déclaré ne pas connaître les lois et obligations en matière des soins à domicile.

De telles déclarations constituent l'aveu d'un manquement caractérisé aux règles les plus élémentaires qui régissent la compétence d'attester des soins et témoignent d'une indifférence préoccupante de la part de ce praticien envers ses obligations légales.

Le dispensateur a en effet, un devoir de vigilance et doit s'informer sur la manière d'attester et de prescrire les soins qu'il dispense (C.E., arrêt n°100.814, 14 nov. 2001, [www.raadvst-consetat.be](http://www.raadvst-consetat.be)).

De plus, le Fonctionnaire-dirigeant n'aperçoit pas en quoi l'ignorance de la réglementation en matière de soins à domicile expliquerait que Monsieur A. ait porté en compte des prestations qu'il sait ne pas avoir effectuées.

En conséquence, le Fonctionnaire-dirigeant estime qu'une amende sévère doit lui être infligée, soit une amende de 150 % du montant des prestations remboursées, à savoir 39.364,91 euros.

Par ailleurs, l'article 157, §1<sup>er</sup> de la loi SSI prévoit que le Fonctionnaire-dirigeant peut accorder un sursis partiel ou total de l'exécution de sa décision infligeant une amende administrative au dispensateur de soins.

Compte tenu de l'absence d'antécédent de Monsieur A. mais aussi de la gravité de l'infraction, le Fonctionnaire-dirigeant assortit la sanction d'une mesure de sursis de 3 années pour un tiers de l'amende, soit une amende effective de 26.243,27 euros et une amende avec sursis de 13.121,64 euros.

La sanction effective rappellera à l'intéressé l'importance de la faute commise, et celle avec sursis l'incitera à rectifier, pour l'avenir, sa pratique dans un sens conforme à la réglementation et aux exigences de son art.

\*\*\*\*\*

**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 le grief établi ;
- Condamne solidairement Monsieur A. et la SPRL B. à rembourser la valeur des prestations indues s'élevant à 26.243,27 euros ;
- Condamne Monsieur A. à payer une amende de 150% de la valeur des prestations reprochées soit 39.364,91 euros, dont un tiers avec un sursis de 3 années, soit une amende effective de 26.243,27 euros et une amende avec sursis de 13.121,64 euros.
- 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 12/03/2019

Le Fonctionnaire – dirigeant f.f.,

Dr Philip Tavernier  
Médecin-directeur général f.f.