

DECISION DU FONCTIONNAIRE-DIRIGEANT DU 9 JUILLET 2021

Concerne : Madame **A.**

Madame A. fait l'objet d'une procédure de faillite personnelle depuis le 17/06/2019 (publication au M.b. le ...).

Le curateur désigné par le Tribunal de l'Entreprise de ... est Monsieur I.

BRS/F/21-003

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(S) FORMULE(S)

Trois griefs ont été formulés (voir pour le détail la note de synthèse précitée) concernant Madame A., suite à l'enquête menée par les inspecteurs du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI.

En résumé, il lui est reproché :

1.1. Grief 1 – prestations non 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 exécutées ou fournies

Infraction visée à l'art. 73 bis, 1° de la Loi ASSI coordonnée le 14 juillet 1994.

1.1.1. *Principe général* :

Les prestations ne sont remboursables par l'assurance soins de santé que pour autant qu'elles soient dûment effectuées au bénéfice de l'assuré.

1.1.2. *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. § 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)

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

[...]

"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)

" **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)

"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. Prestations techniques de soins infirmiers."

[...]

"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)

[...]

"**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)

10,944 "

W

1.1.3. Argumentation

Il apparaît que sont portées en compte des prestations non effectuées.

En l'espèce, il s'agit de prestations de type « forfait B » (semaine et week-end) attestées pour deux bénéficiaires (le détail figure au (§7.1 de la note de synthèse) alors que lesdites prestations n'ont pas été effectuées.

Les prestations 425294 datées du 4/04/2016 au 28/08/2018 ont été introduites au remboursement auprès des organismes assureurs pour la période du 03/05/2016 au 04/09/2018.

Les prestations 425692 datées du 3/04/2016 au 26/08/2018 ont été introduites au remboursement auprès des organismes assureurs pour la période du 03/05/2016 au 04/09/2018.

1.1.4. Conclusion

Le grief porte sur 243 prestations, concerne 2 assurés et a généré un indu de 8.837,75 €.

1.2. Grief 2 – prestations non conformes

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'article 73bis, 2° de la Loi coordonnée le 14 juillet 1994.

1.2.1. 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. § 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)

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

[...]

"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.

[...]

B. Prestations techniques de soins infirmiers."

[...]

"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

1.2.2. Argumentation

En l'espèce, ont été attestées pour un bénéficiaire des prestations 425316 et 425714, forfaits C, non conformes (le détail du grief figure au §7.2. de la note de synthèse).

Les prestations 425316 datées du 1/04/2016 au 31/05/2018 ont été introduites au remboursement auprès des organismes assureurs pour la période du 03/05/2016 au 01/06/2018.

Les prestations 425714 datées du 2/04/2016 au 27/05/2018 ont été introduites au remboursement auprès des organismes assureurs pour la période du 03/05/2016 au 01/06/2018.

1.2.3. conclusion

Le grief porte sur 745 prestations, concerne un assuré et a généré un indu de 10.521,53 €.

1.3. Grief 3 – prestations non conformes

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'article 73bis, 2° de la Loi coordonnée le 14 juillet 1994.

1.3.1. Bases légales et réglementaires 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. § 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)

"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

425051 : Troisième prestation de base ou plus 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. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003) + "A.R. 3.8.2007" (en vigueur 1.10.2007)

" **423054** Administration de médicaments, y compris le remplacement de l'héparjet, par voie intraveineuse directe ou via un cathéter intraveineux préalablement installé
W 0,532 "

"A.R. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003)

" **423076** Administration de médicaments par voie intramusculaire, sous-cutanée ou hypodermique **W 0,484 "**

"A.R. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003) + "A.R. 25.4.2004" (en vigueur 1.6.2004) + "A.R. 3.8.2007" (en vigueur 1.10.2007)

" **423091** Administration de médicaments par voie intramusculaire, sous-cutanée, hypodermique ou intraveineuse, en plusieurs sites d'injection
W 0,508 "

[...]

"A.R. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003) + "A.R. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014)

" **424336** Soins de plaie(s) simples à l'exception des prestations 424255, 424270, 424292, 424314 et 424933 **W 1,459 "**

"A.R. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003) + "A.R. 3.8.2007" (en vigueur 1.10.2007) + "A.R. 29.4.2009" (en vigueur 1.7.2009)

" **424351** Soins de plaie(s) complexes **W 1,759 "**

"A.R. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003)

" **424373** Soins de plaie(s) spécifiques **W 2,9 "**

[...]

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

" **424874** Préparation hebdomadaire de médicaments administrés par voie orale
W 2,365 "

"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)

10,083 "

"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + Erratum M.B. 9.3.2005

"III. Prestations techniques spécifiques de soins infirmiers."

"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 3.8.2007" (en vigueur 1.10.2007) + "A.R. 24.4.2012" (en vigueur 1.7.2012)

" **425375** Honoraires forfaitaires par journée de soins comprenant un ou plusieurs des actes techniques spécifiques suivants :

- mise en place et/ou surveillance des perfusions (intraveineuses ou sous-cutanées);
- administration et/ou surveillance de l'alimentation parentérale;

8,934 "

[...]

"A.R. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003)

"VI. Honoraires forfaitaires pour les prestations dispensées aux patients diabétiques.

423135 Honoraire forfaitaire pour la constitution du dossier infirmier spécifique au patient diabétique et la concertation avec le médecin traitant

W 7,001

423150 Honoraire forfaitaire pour l'éducation individuelle aux soins autonomes d'un patient diabétique par un infirmier relais en diabétologie

W 21,002

423172 Honoraire forfaitaire pour la présence d'un infirmier référent lors de l'éducation individuelle aux soins autonomes

W 8,401

423194 Honoraire forfaitaire pour l'éducation individuelle à la compréhension, dans laquelle un infirmier référent ou un

infirmier relais en diabétologie fournit au patient diabétique des explications sur la pathologie

W 7,001

423216 Forfait pour le suivi d'un patient diabétique après l'éducation aux soins autonomes

W 2,800

423231 Honoraire de suivi pour l'accompagnement, par un infirmier référent, d'un patient diabétique qui ne passe pas aux soins autonomes

W 0,070 "

[...]

"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.

I. Séance de soins infirmiers.

A. Prestation de base.

425412 Première prestation de base de la journée de soins

W 1,206

425434 Deuxième prestation de base de la journée de soins

W 1,206

[...]

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)

" **425515** Soins d'hygiène (toilettes) **W 1,754 "**

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

" **423253** Administration de médicaments, y compris le remplacement de l'héparjet, par voie intraveineuse directe ou via un cathéter intraveineux préalablement installé

W 0,803 "

"A.R. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003)

" **423275** Administration de médicaments par voie intramusculaire, sous-cutanée ou hypodermique **W 0,730 "**

"A.R. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003) + "A.R. 25.4.2004" (en vigueur 1.6.2004) + "A.R. 3.8.2007" (en vigueur 1.10.2007)

" **423290** Administration de médicaments par voie intramusculaire, sous-cutanée, hypodermique ou intraveineuse, en plusieurs sites d'injection

W 0,766 "

[...]

"A.R. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003) + "A.R. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014)

" **424491** Soins de plaie(s) simples à l'exception des prestations 424410, 424432, 424454, 424476 et 424955

W 2,189 "

"A.R. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003) + "A.R. 3.8.2007" (en vigueur 1.10.2007) + "A.R. 29.4.2009" (en vigueur 1.7.2009)

" **424513** Soins de plaie(s) complexes

W 2,562 "

"A.R. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003)

" **424535** Soins de plaie(s) spécifiques

W 4,350 "

"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. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + Erratum M.B. 9.3.2005

"III. Prestations techniques spécifiques de soins infirmiers."

"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 3.8.2007" (en vigueur 1.10.2007) + "A.R. 24.4.2012" (en vigueur 1.7.2012)

" **425773** Honoraires forfaitaires par journée de soins comprenant un ou plusieurs des actes techniques spécifiques suivants :

- mise en place et/ou surveillance des perfusions (intraveineuses ou sous-cutanées);
- administration et/ou surveillance de l'alimentation parentérale;

W

13,401

[...]

"A.R. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003)

"VI. Honoraires forfaitaires pour les prestations dispensées aux patients diabétiques.

423334 Honoraire de suivi pour l'accompagnement, par un infirmier référent, d'un patient diabétique qui ne passe pas aux soins autonomes

W 0,070 "

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

"VII

428050 valorisation des prestations multiples et contraignantes chez les patients très dépendants
W 0,134 "

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

"§ 2. Précisions relatives à la prescription :

Les prestations suivantes ne sont remboursées que si elles ont été prescrites par un médecin :"

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

"- 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 425110, 425515, 425913, 427755, 424395, 424690, 427991, 424852 et 424874. Les prestations 424255, 424410, 424550, 427836 et 424712 ne doivent pas être prescrites, mais ne sont attestables que durant la période pendant laquelle les soins de plaie par pansement bioactif ont été prescrits.

- les prestations techniques spécifiques de soins infirmiers visées à la rubrique III du § 1er, 1°, 2°, 3° et 3°bis;

- les prestations de soins infirmiers effectuées dans le cadre d'un des honoraires forfaitaires visés à la rubrique II du § 1er, 1°, 2°, 3° et 3°bis et sous les rubriques IV et V du § 1er, 1° et 2° à l'exception des soins d'hygiène;"

"A.R. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003)

"- les honoraires forfaitaires pour l'éducation individuelle des patients diabétiques aux soins autonomes (423150) et à la compréhension (423194), le forfait pour le suivi des patients diabétiques après l'éducation aux soins autonomes (423216) et les honoraires de suivi pour l'accompagnement infirmier des patients diabétiques qui ne passent pas aux soins autonomes (423231 et 423334);"

"A.R. 25.3.2018" (en vigueur 1.6.2018)

"Les prestations techniques de soins infirmiers visées à la rubrique I, B du § 1er, 1°, 2°, 3°, 3°bis et 4° et les prestations techniques spécifiques de soins infirmiers visées à la rubrique III du § 1er,

1°, 2°, 3° et 3°bis peuvent être exécutées en cas d'urgence sur base d'une prescription formulée oralement, communiquée par téléphone, par radiophonie ou par webcam par le médecin. Le médecin confirme la prescription par écrit dans les meilleurs délais et au plus tard après 5 jours calendrier qui suivent la prescription formulée oralement ci-dessus."

"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 3.8.2007" (en vigueur 1.10.2007) + "A.R. 25.3.2018" (en vigueur 1.6.2018)

"Cette prescription doit mentionner la nature des prestations, leur nombre et leur fréquence. Elle ne peut être limitée à la seule mention du numéro de nomenclature, mais doit contenir les données nécessaires pour identifier les soins portés en compte. Pour les prestations 425736, 425751 et 425073, la prescription doit mentionner, au lieu du nombre de prestations, la période sur laquelle elle porte; cette période est de maximum un an; la prescription est renouvelable."

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

"Lorsqu'il s'agit de l'administration de médicaments et de solutions médicamenteuses, la prescription doit en outre mentionner la nature et la dose des produits à administrer. Lorsqu'il s'agit d'une alimentation parentérale ou entérale ou de perfusions, la prescription doit en outre mentionner le débit et la quantité par 24 heures."

"A.R. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003)

"Les prescriptions en matière de soins de plaie(s) comportent les éléments supplémentaires suivants :

- la description de la plaie;
- la fréquence maximale des soins;
- la posologie des médicaments à appliquer;
- la période pendant laquelle la plaie doit être soignée."

"§ 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."

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)

"5° Les soins ne peuvent être étalés sur plusieurs séances de soins par le praticien de l'art infirmier que pour des raisons médicales figurant sur la prescription."

[...]

"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. 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. 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. 13.10.2004" (en vigueur 1.1.2005)

"1° Seules les toilettes dispensées chez des bénéficiaires qui obtiennent des scores de minimum 2 au critère « se laver » de l'échelle d'évaluation mentionnée au § 5, 1°, peuvent être attestées."

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

"2° Les prestations 425110, 425515, 425913 ou 427755 effectuées pour un bénéficiaire ne répondant pas aux critères mentionnés à la rubrique II du § 1er, 1°, 2°, 3° ou 3°bis, et à la rubrique IV du § 1er, 1° et 2° ne peuvent être attestées qu'une fois par 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. 13.10.2004" (en vigueur 1.1.2005) + "A.R. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014)

"3° Dans le chef des bénéficiaires qui obtiennent des scores de minimum 2 au critère « se laver » de l'échelle d'évaluation mentionnée au § 5, 1° :

- un maximum de deux toilettes (425110, 425913 ou 427755) par semaine peuvent être attestées;
- aucune toilette 425515 ne peut être attestée."

"A.R. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003) + "A.R. 13.10.2004" (en vigueur 1.1.2005) + "A.R. 25.10.2006" (en vigueur 1.1.2007)

"4° Pour les bénéficiaires:

- qui obtiennent des scores de minimum 2 pour les critères "se laver" et "s'habiller" et un score de minimum 2 pour le critère "continence" à la suite d'une combinaison de l'incontinence d'urine nocturne et de l'incontinence d'urine occasionnelle durant la journée ou un score 3 ou 4 pour le critère "continence" de l'échelle d'évaluation concernée, il peut être attesté une toilette par jour. Dans le cas d'une combinaison de l'incontinence d'urine nocturne et de l'incontinence d'urine occasionnelle durant la journée, l'observation de cette problématique est mentionnée dans le dossier infirmier et la déclaration correspondante sur le formulaire décrit au § 7 doit être cochée."

"A.R. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003) + "A.R. 13.10.2004" (en vigueur 1.1.2005)

- qui obtiennent des scores de minimum 2 pour les critères "se laver et s'habiller" de l'échelle d'évaluation concernée et peuvent être considérés, sur base d'un certificat médical établi par le médecin traitant, conformément au modèle fixé par le Comité de l'assurance soins de santé sur proposition de la Commission de convention, comme des personnes désorientées dans le temps et l'espace, il peut être attesté une toilette par jour;

- qui obtiennent des scores de minimum 4 pour les critères "se laver et s'habiller" de l'échelle d'évaluation concernée, il peut être attesté une toilette par jour."

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

"5° Même lorsque les soins d'hygiène ont été prescrits par un médecin, ils ne peuvent être attestés que si le praticien de l'art infirmier constate que le bénéficiaire atteint le degré de dépendance requis pour la prestation concernée."

"A.R. 8.7.1997" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 12.9.2001" (en vigueur 1.10.2001) + "A.R. 18.7.2002" (en vigueur 1.10.2002) + "A.R. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014)

"6° Lors de l'exécution des prestations 425110, 425515, 425913 et 427755 effectuées pour un bénéficiaire ne répondant pas aux critères mentionnés à la rubrique II du § 1er, 1°, 2°, 3° et 3°bis, et à la rubrique IV du § 1er, 1° et

2° le praticien de l'art infirmier est tenu de transmettre une notification au médecin-conseil, selon la procédure prévue au § 7."

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

"7° Dans le cas où une modification du degré de dépendance physique du bénéficiaire, en cours de semaine, entraîne une augmentation du nombre de toilettes attestables par semaine, cette adaptation de la fréquence s'applique à la semaine au cours de laquelle la modification est intervenue. Dans le cas où une modification du degré de dépendance physique du bénéficiaire, en cours de semaine, entraîne une diminution du nombre de toilettes attestables par semaine, cette adaptation de la fréquence s'applique à partir de la semaine qui suit la semaine au cours de laquelle la modification est intervenue.

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.

9° Pour la détermination de la fréquence hebdomadaire des toilettes, la semaine s'entend du lundi 0 heure au dimanche 24 heures."

[...]

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

"§ 8. Précisions relatives aux soins de plaie(s) (prestations 424255, 424270, 424292, 424314, 424933, 424336, 424351, 424373, 424395, 424410, 424432, 424454, 424476, 424955, 424491, 424513, 424535, 424550, 424572, 424594, 424616, 424970, 424631, 424653, 424675, 424690, 427836, 427851, 427873, 427895, 427910, 427932, 427954, 427976, 427991, 424712, 424734, 424756, 424771, 424992, 424793, 424815, 424830 et 424852) :"

"A.R. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003)

"1° Pour l'application du présent article, il y a lieu d'entendre par:

- "soins de plaie(s) simples" : tous les soins de plaie(s) qui ne tombent pas sous la notion "soins de plaie(s) complexes" ou "soins de plaie(s) spécifiques", notamment l'application de pansements sur un soin de plaie simple et l'ablation de fils ou d'agrafes;

- "soins de plaie(s) complexes" : les soins de :

- plaie(s) avec drain avec/sans aspiration;

- plaie(s) avec méchage et/ou irrigation;

- plaie(s) avec broche ou fixateur externe;

- deux plaies simples ou davantage;

- brûlure(s) au deuxième ou troisième degré, ulcère(s), greffe(s), escarre(s) d'une superficie de moins de 60 cm²;

- stomie(s) après colostomie, gastrostomie, iléostomie, cystostomie, urétérostomie ou trachéostomie;

- "soins de plaie(s) spécifiques" :

- les soins de brûlure(s) au deuxième ou troisième degré ou de greffe(s) d'une superficie de 60 cm² ou plus;

- les soins d'ulcère(s) d'une superficie de 60 cm² ou plus;

- les soins d'escarre(s) profonde(s) atteignant les tendons et les os;

- le débridement d'escarre(s) de décubitus."

"A.R. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003) + "A.R. 22.11.2013" (en vigueur 1.1.2014)

"- "l'infirmier relais en matière de soins de plaie(s)" : un praticien de l'art infirmier qui répond aux conditions de formation décrites dans une directive édictée par le Comité de l'assurance soins de santé, sur la proposition de la Commission de conventions praticiens de l'art infirmier-organismes assureurs, et qui a été agréé en cette qualité par l'INAMI."

"A.R. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003)

"Les soins de plaie(s) qui peuvent être effectués par le bénéficiaire lui-même ou par les aidants informels, ou qui peuvent être appris au bénéficiaire ou aux aidants informels, ne peuvent pas être attestés."

"A.R. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003) + "A.R. 25.4.2004" (en vigueur 1.6.2004) + "A.R. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014)

"2° Les prestations 424255, 424410, 424550, 427836 et 424712 couvrent la consultation du praticien de l'art infirmier et l'évaluation de l'état du pansement par le praticien de l'art infirmier, à l'exclusion de toute autre exécution de soins pendant la même journée. Au total, ces prestations peuvent être attestées dans le chef d'un même bénéficiaire au maximum quinze fois par mois civil."

"A.R. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014) + Erratum M.B. 17.2.2014

"Le remplacement de pansements bioactifs doit être attesté sous les numéros 424336, 424491, 424631, 427932, 424793, 424351, 424513, 424653, 427954, 424815, 424373, 424535, 424675, 427976 ou 424830."

"A.R. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003) + "A.R. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014)

"3° Pour autant que les prestations 424270, 424432, 424572, 427851 et 424734 comportent l'application de pommades ou d'un produit médicamenteux, elles peuvent uniquement être attestées pour les soins des affections cutanées suivantes:"

"A.R. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003)

"- zona;

- eczéma;

- psoriasis;

- verrues;

- dermatomycoses;

- autres lésions cutanées justifiant, selon le médecin prescripteur, des soins de plaie(s) simples minutieux.

Elles ne peuvent pas être attestées pour l'application d'une crème hydratante pour la prévention d'escarres."

"A.R. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003) + "A.R. 29.4.2009" (en vigueur 1.7.2009) + "A.R. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014)

"4° Les prestations 424292, 424454, 424594, 427873 et 424756 peuvent uniquement être attestées dans la période de trente jours qui prend cours le jour de l'intervention chirurgicale prévue à l'article 14, h), de la présente annexe (prestations qui relèvent de la spécialité ophtalmologie) a été dispensée"

"A.R. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003) + "A.R. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014)

"5° Les prestations 424351, 424513, 424653, 427954, 424815, 424373, 424535, 424675, 427976 et 424830 peuvent uniquement être attestées à condition qu'un dossier soins de plaie(s) spécifiques soit établi et tenu à jour. Ce dossier fait partie intégrante du dossier infirmier visé au § 4, 2°. Il doit répondre, au niveau de son contenu, à une directive qui a été fixée par le Comité de l'assurance soins de santé sur proposition de la Commission de convention praticiens de l'art infirmier-organismes assureurs.

6° Les prestations 424373, 424535, 424675, 427976 et 424830 peuvent uniquement être attestées, à condition que les soins durent au moins trente minutes.

Les soins de plaie(s) spécifiques qui ne peuvent pas être attestés sous les numéros de code 424373, 424535, 424675, 427976 ou 424830, parce qu'ils ont duré moins de trente minutes, peuvent être attestés sous les numéros de code 424351, 424513, 424653, 427954 ou 424815."

[...]

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

"8° Les prestations 424255, 424410, 424550, 427836, 424712, 424270, 424432, 424572, 427851, 424734, 424292, 424454, 424594, 427873, 424756, 424314, 424476, 424616, 427895, 424771, 424933, 424955, 424970, 427910 et 424992 ne peuvent pas être cumulées au cours d'une même séance avec une autre prestation de cet article, à l'exception d'une prestation de base.

Les prestations 424336, 424491, 424631, 427932, 424793, 424351, 424513, 424653, 427954 et 424815 ne peuvent pas être cumulées au cours d'une même séance avec les prestations 424395, 424690, 427991 ou 424852.

Si, au cours d'une même séance, différentes prestations 424336, 424491, 424631, 427932, 424793, 424351, 424513, 424653, 427954, 424815, 424373, 424535, 424675, 427976 et/ou 424830 sont dispensées, le praticien de l'art infirmier peut uniquement attester la prestation avec le tarif le plus élevé."

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

-Directives relatives aux soins de plaie(s)

1.3.2. Argumentation

En l'espèce ont été attestées pour trois bénéficiaires (cf note de synthèse, discussion des cas, §7.3), des prestations 425014 et 425412 (1^{ère} prestation de base-semaine et weekend), des prestations 424351 et 424513 (Soins de plaie complexe -semaine et weekend) et des prestations 425294 et 425692 (honoraires forfaitaires, dits forfait B - semaine et weekend).

Pour ces bénéficiaires, les dossiers infirmiers fournis ne sont pas conformes. Ils ne contiennent pas le contenu minimal du dossier tel que décrit dans l'art 8 de la nomenclature, condition sine qua non pour l'obtention de remboursement des prestations de soins infirmiers.

En conséquence, sont retenues à grief, toutes les prestations effectuées durant 3 mois pour chaque assuré et durant la période allant du 02/01/2017 au 02/05/2017 (date d'introduction des prestations auprès des organismes assureurs).

1.3.3. Conclusion

Le grief porte sur 244 prestations, concerne 3 assurés et a généré un indu de 4.014,11 €.

Pour ces griefs, l'indu total a été évalué à 23.373, 39 euros.

Madame A. a procédé au remboursement partiel de l'indu de 16.000 euros le 8/01/2020 et de 7.373, 04 euros le 17 avril 2020.

Le solde de l'indu s'élève à 0,35 euros.

2 DISCUSSION

2.1 Moyens de défense

Dans les moyens de défense transmis par Madame A. le 16 mai 2021, elle reconnaît les faits repris sous le premier grief.

Concernant le deuxième grief, Madame A. explique les raisons pour lesquelles elle a mis un score 4 au critère de l'incontinence. Elle a attribué un score 4 pour les transferts et déplacements car, selon elle, Monsieur B. avait besoin d'une aide totale pour son transfert du lit vers la chaise le matin et de la chaise vers le lit lors de la mise au lit.

Elle explique également avoir attribué un score 3 pour le critère « manger » car, pendant sa prise en charge, elle s'est occupée des préparations de ses déjeuners et de ses soupes. Le café et la soupe étaient souvent renversés pendant sa présence. Elle a jugé qu'une surveillance rapprochée, en lui apportant de l'aide et de l'assistance, était requise.

Enfin, en ce qui concerne le troisième grief, Madame A. déclare que, concernant Messieurs C. et D., il s'agissait de pansements avec l'introduction de mèches dans les deux cas. Elle reconnaît que les dossiers de plaies étaient des dossiers de plaies simples.

Elle explique que, concernant E., ce dernier a souhaité changer d'infirmière et qu'elle n' a pas été en mesure de récupérer son dossier qui serait resté à son domicile.

2.2 Fondement des griefs :

2.2.1 Sur le bien fondé du premier grief :

Il ressort du dossier que les éléments matériels et constitutifs du dossier du grief n°1 sont réunis et prouvés notamment au regard des éléments qui suivent.

En ce qui concerne le cas de Mme F., 99 prestations de type « Forfait B » pour la période du 03/04/2016 au 13/06/2018, introduites au remboursement du 03/05/2016 au 05/07/2018, sont considérées comme impossible à réaliser par la prestataire: en effet, aux dates des prestations reprochées, l'assurée séjournait au Grand-Duché du Luxembourg, dans un appartement résidence où des soins infirmiers y sont assurés.

Cela résulte des éléments de l'enquête et, singulièrement, des déclarations du fils de l'assurée et des dates transmises par la maison de repos, au Luxembourg, où réside occasionnellement l'assurée.

Lors de son audition du 26/03/2019, Madame A. a déclaré :

« Madame F. avait une adresse au Luxembourg. Vous me dites que Madame F. est retournée à plusieurs reprises au Luxembourg. Vous me dites qu'il y a des commentaires certains jours au dossier infirmier de Madame F. alors qu'elle était au Luxembourg. C'est vrai, j'avoue que les soins étaient prévus alors je les facturais. A un moment je me suis dit mince je les ai facturés donc j'ai rempli les dossiers. J'ai rajouté ces dates je l'avoue. Elle était bien au Luxembourg à certains moments. Vous me dites que ces jours là me seront reprochés. »

En ce qui concerne G., 144 prestations de type « Forfait B » pour la période du 02/07/2017 au 28/08/2018, introduites au remboursement du 31/07/2017 au 04/09/2018, ont été reprochées à la prestataire.

Au cours de son audition du 20/11/2018, Monsieur G. a déclaré :

« [...] Nous partons 2 mois par an en Italie, juillet-août. Je conduis toujours. Cette année, on est parti le 5 au 6 juillet. On est revenu le 27 ou 28 août 2018. L'an passé, c'était les mêmes dates. [...] Je vous confirme que juillet août 2017 et 2018 on était en Italie à 2 ou 3 j près. [...] »

Lors de son audition du 26/03/2019, Madame A. a déclaré :

« Vous me dites que pendant ses séjours en Italie, il y a des soins facturés pendant cette période. Il partait en Italie en voiture et c'est lui qui conduisait. C'est vrai je l'ai facturé, c'était tentant. Il voulait garder son forfait continence et pour cela il m'a dit de ne pas stopper la facturation des soins. Il était en Italie du dimanche 2/7/17 au 07/10/17. Il n'y a pas de commentaire durant cette période. J'ai repris les soins le 07/10/17. En 2018, il est parti début juillet vers le 5-6/7/18 et il est revenu fin août 28 ou 29/08/18. J'ai par contre complété le dossier infirmier et j'ai scanné le code barre d'une copie de carte d'identité pendant cette période. Vous me dites que ces dates me seront reprochées. ».

Le Fonctionnaire-dirigeant relève que, dans ses moyens de défense, Madame A. reconnaît les faits cités à grief.

Au vu des éléments susmentionnés, le grief est incontestablement établi.

2.2.2 Sur le bien fondé du deuxième grief :

Il ressort du dossier que les éléments matériels et constitutifs du dossier du grief n°2 sont réunis et prouvés notamment au regard des éléments qui suivent.

En droit

L'évaluation de l'état de dépendance physique d'un assuré est en premier lieu effectuée par l'infirmier qui le soigne. Les médecins des organismes assureurs envoient pour chaque assuré un courrier d'acceptation sur base de ce que le dispensateur de soins a déclaré, ce qui n'implique aucun contrôle réel de l'état de l'assuré à ce stade. L'acceptation de cette évaluation repose sur le rapport de confiance instauré entre les organismes assureurs et les dispensateurs de soins, de sorte qu'il est bien prévu par la réglementation que cette évaluation revient prioritairement au dispensateur de soins.

Si ultérieurement un contrôle permet de constater une surévaluation de l'état de dépendance physique, l'organisme assureur ou les inspecteurs sociaux du SECM procèdent à un déclassement (CE, 7^e ch., 03/11/2016, n°236.345).

En fait

En ce qui concerne B., assuré visé au grief, il résulte de l'enquête, à travers les diverses auditions de l'assuré, accompagné de sa fille, infirmière, et de la prestataire, que Madame A. a porté en compte à l'Assurance Soins de Santé et Indemnités (A.S.S.I.) des prestations 425316 et 425714, forfaits C, non conformes, pour la période du 03/05/2016 au 01/06/2018 (dates d'introduction des prestations auprès des organismes assureurs).

En effet, 745 prestations de type « 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) » ont été introduits du 1^{er} mars 2016 au 1^{er} juin 2018, soit les codes de nomenclature 425316 en semaine et 425714 pour les WE et jours fériés.

En ce qui concerne le critère de l'incontinence, le score attribué n'est pas contesté par le SECM.

En ce qui concerne le critère « déplacements », Mme A. explique, dans ses moyens de défense, qu'elle a attribué un score 4 pour les transferts et déplacements car, selon elle, Monsieur B. avait besoin d'une aide totale pour son transfert du lit vers la chaise le matin et de la chaise vers le lit lors de la mise au lit.

Le SECM estime que l'évaluation du degré de dépendance de Monsieur B. pour les déplacements est de 3 et non de 4.

En effet, lors de son audition du 13/11/2018, réalisée en présence de sa fille, l'assuré a déclaré :

« Je me mobilise avec le gadot ou parfois une chaise roulante classique . [...] Avec le kiné, je marche dans la cour ou je monte les 2 escaliers de devant. ».

Le SECM estime que le fait que le patient se déplace soit avec le kiné, soit avec l'infirmière induit un score pour le déplacement fixé à 3 et non 4. Pour un forfait C, il faut que le score soit de 4 pour ce critère.

En ce qui concerne le critère « manger », Mme A. explique, dans ses moyens de défense, avoir attribué un score 3 pour le critère « manger » car, pendant sa prise en charge, elle s'est occupée des préparations de ses déjeuners et de ses soupes. Le café et la soupe étaient souvent renversés pendant sa présence. Elle a jugé qu'une surveillance rapprochée, en lui apportant de l'aide et de l'assistance, était requise.

Lors de son audition du 26/03/2019, Madame A. a déclaré :

« Pour manger, vous me dites que vous le scorez en 2. Il en met à terre et fait des fausses routes. Je reste à côté quand il déjeune le matin et je lui donne ses médicaments en bouche. [...] Vous me dites que sa fille vous a précisé qu'il n'a jamais fallu lui donner à manger. C'est n'importe quoi. Mettre la nourriture devant lui n'est pas suffisant. Il mange mais je le surveille en rangeant. »

Or, l'assuré a également déclaré, au cours de cette audition, toujours accompagné de sa fille :

« Les tartines sont prêtes, je mange et je bois avec ma bonne main. Ma fille m'aide à répondre aux questions [...]. Ma fille précise qu'on n'a jamais dû me donner à manger mais me couper les aliments [...]. »

En ce qui concerne le critère « manger » le SECM estime que l'évaluation du degré de dépendance de Monsieur B. est de 2 et non 3.

Le SECM estime que le fait que Madame A. rangeait pendant qu'il mangeait souligne le fait qu'il n'y avait pas une surveillance continue pendant que l'assuré mangeait.

Par ailleurs, la fille de l'assuré a précisé, pendant l'audition de Monsieur B., qu'il n'a jamais fallu donner à manger à son père.

Dans ces conditions, le SECM estime que l'état de l'assuré, depuis avril 2016, n'a jamais correspondu à un forfait C mais correspondait à un forfait B.

En conséquence, le Fonctionnaire-dirigeant décide que le grief n°2 est incontestablement établi.

2.2.3 Sur le bien fondé du troisième grief :

Il ressort du dossier que les éléments matériels et constitutifs du dossier du grief n°3 sont réunis et prouvés notamment au regard des éléments qui suivent.

Selon les éléments recueillis lors de l'enquête menée par le SECM, par le biais de l'analyse des dossiers infirmiers fournis et les auditions de la prestataire, il apparaît que les dossiers infirmiers fournis pour trois assurés ne sont pas conformes aux exigences de la nomenclature.

Ils ne contiennent pas le contenu minimal du dossier tel que décrit dans l'art 8 de la nomenclature, condition sine qua none pour l'obtention de remboursement des prestations de soins infirmiers (NPS, art. 8, §3, 5°).

En conséquence, sont retenues à grief, toutes les prestations effectuées durant 3 mois pour chaque assuré et durant la période allant du 02/01/2017 au 02/05/2017 (date d'introduction des prestations auprès des organismes assureurs).

En ce qui concerne C., les soins de plaie complexe facturés du 01/02/2017 au 12/04/2017, introduits au remboursement du 28/02/2017 au 02/05/2017 ont été reprochés à la prestataire. En effet, le contenu minimal du dossier, condition pour l'obtention de remboursement des prestations de soins infirmiers, tel que décrit dans les directives relatives au contenu du dossier infirmier en matière de soins complexes et spécifiques de plaie(s), n'est pas rencontré. Il n'y a pas d'identification des praticiens de l'art infirmier qui ont dispensé les soins au cours de chaque journée de soin. De plus, il n'y a pas de prescription médicale pour la période du 14/03/2017 au 17/04/2017.

En ce qui concerne D., les soins de plaie complexe facturés du 27/12/2016 au 04/03/2017, introduits au remboursement du 28/02/2017 au 31/03/2017 ont été reprochés à la prestataire. En effet, le contenu minimal du dossier, condition pour l'obtention de remboursement des prestations de soins infirmiers, tel que décrit au § 4, 2° de l'article 8 de la nomenclature, n'est pas rencontré : les prescriptions de soin de plaie ne comportent pas les éléments requis par le §2 de l'article 8 de la nomenclature, il n'y a pas de planification des soins et il n'y a pas d'identification des praticiens de l'art infirmier qui ont dispensé les soins au cours de chaque journée de soin. Par ailleurs, certaines des prestations ne sont couvertes par aucune prescription médicale.

Enfin, en ce qui concerne E., les prestations de type « Forfait B » du 01/12/2016 au 20/02/2017, introduites au remboursement du 02/01/2017 au 28/02/2017, ont été reprochées à la prestataire. En effet, le contenu minimal du dossier, condition pour l'obtention de remboursement des prestations de soins infirmiers, tel que décrit au § 4, 2° de l'article 8 de la nomenclature, n'est pas rencontré : la seule échelle d'évaluation présente ne couvre pas la période étudiée, il n'y a pas d'identification des praticiens de l'art infirmier qui ont dispensé les soins au cours de chaque journée de soin, ni planification des soins. De plus, concernant l'évaluation des soins, les feuilles d'observation concernant l'assuré se terminent le 31/12/2015 ; la suite du dossier présenté par la prestataire concerne une autre assurée.

Les déclarations de Madame A. ne sont pas de nature à remettre en cause les manquements qui ont été constatés par le SECM quant à la tenue des dossiers infirmiers fournis pour trois assurés qui ne sont pas conformes.

Le grief est dès lors incontestablement établi.

2.3 Quant à l'indu

Les griefs ont entraîné des débours indus dans le chef de l'assurance obligatoire soins de santé pour un montant de 23.373,39 euros.

Madame A. a procédé au remboursement partiel de l'indu (23.373,04 euros) les 8 janvier 2020 et 17 avril 2020.

L'indu résiduel s'élève à 0,35 euros.

Les griefs formulés à l'encontre de Madame A. étant fondés, il y a donc lieu, d'une part, d'ordonner que Madame A. soit condamnée à rembourser la valeur des prestations indues s'élevant à 23.373,39 euros (Loi SSI, art. 142, §1^{er}, 1^o et 2^o) et, d'autre part, de constater qu'une somme d'un montant de 23.373,04 euros a été remboursée et que **l'indu résiduel s'élève donc à 35 cents d'euros.**

2.4 Quant à l'amende

2.4.1 *Quant au régime de l'amende administrative*

En vertu de l'article 169 de la loi ASSI, la sanction applicable est celle visée à l'article 142, §1^{er}, 1^o et 2^o de la même loi, c'est-à-dire :

- pour les prestations non effectuées (grief n°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% de la valeur des prestations concernées ;
- et, pour les prestations non conformes (griefs n°2 et 3), 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 prestations concernées.

2.4.2 *Quant au quantum de l'amende administrative*

Les prestations citées à griefs sont comprises entre le 1^{er} avril 2016 et le 28 août 2018 et ont été introduites auprès des organismes assureurs du 3/05/2016 au 4/09/2018.

Le SECM estime nécessaire de prononcer une amende administrative à charge de Madame A.

L'attestation de prestations non effectuées est l'infraction la plus grave qui puisse être constatée par le Service d'évaluation et de contrôle médicaux à l'encontre d'un dispensateur de soins car elle caractérise la rupture du lien de confiance entre l'INAMI, les organismes assureurs et le dispensateur de soins¹.

En attestant des prestations alors qu'elle ne les avait pas réalisées, Madame A. a méconnu les obligations qui lui incombaient en sa qualité de dispensateur de soins et n'a pas fait preuve de professionnalisme.

¹ C. arb. 30/10/2001, n°26/2002 ; C. arb. 30/01/2002, n°98/2002 ; C. arb. 12/03/2003, n°31/2003 ; C. const. 31/01/2019, n°15/2019

Compte tenu du nombre de prestations non effectuées attestées par Madame A. (243 prestations), du caractère élevé de l'indu en cause (8.837,75 €), de la durée de la période infractionnelle (29 mois), de l'expérience de Mme A. (elle travaille comme infirmière indépendante depuis 2010) et de la clarté de la nomenclature, Madame A. a clairement spolié les deniers de l'assurance soins de santé et donc de la collectivité, ce qui justifie l'application d'une sanction assez haute.

Il est donc justifié de prononcer à l'encontre de Madame A. au titre du grief de prestations non effectuées une amende administrative de 100% du montant indu à rembourser (LC 14/07/1994, art. 142, §1^{er}, 1^o), soit 8.837,75 euros €.

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

Les règles de la Nomenclature des prestations de santé sont de stricte interprétation et doivent être appliquées rigoureusement² 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 soins³.

Le respect des formalités administratives prévues par la réglementation telles que les règles relatives à l'évaluation de l'état de dépendance physique des patients est un des fondements de ce rapport de confiance, puisque ces normes sont clairement et expressément énoncées dans la réglementation.

Il n'appartient pas aux dispensateurs de soins de faire une interprétation personnelle ou d'opportunité de la réglementation.

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

En ne respectant pas les règles relatives à l'évaluation de l'état de dépendance physique, Madame A. a manqué à ses obligations légales en tant que dispensateur de soins.

Dans ces conditions, au regard de ces éléments mais aussi compte tenu de la clarté de la nomenclature, de l'expérience de Mme A. (elle travaille comme infirmière indépendante depuis 2010), du nombre de prestations (745 prestations), de la durée de la période infractionnelle (26 mois) et du montant de l'indu (10.521,53 €), il est justifié de prononcer à l'encontre de Mme A., au titre des griefs de prestations non conformes, une amende administrative de 50% du montant indu à rembourser (LC 14.07.1994, art. 142, §1^{er}, 2^o), soit 5.260,76 €, en excluant la valeur des prestations indûment attestées correspondant aux dossiers infirmiers incomplets (grief n°3 pour lequel le montant indu est de 4.014,11 €).

Il convient cependant de tenir compte de l'absence d'antécédents dans le chef de l'intéressée, qui a coopéré durant l'enquête, et du remboursement quasi-intégral de l'indu. Cela justifie que la sanction soit assortie d'une mesure de sursis partiel conformément à l'article 157, §1^{er} de la loi ASSI coordonnée le 14.07.1994, la sanction effective devant rappeler à l'intéressée l'importance

² Cass. 20/11/2017, C.15.02132.N.

³ C. arb. 30/10/2001, n°26/2002 ; C. arb. 30/01/2002, n°98/2002 ; C. arb. 12/03/2003, n°31/2003 ; C. const. 31/01/2019, n°15/2019

de la faute commise, et celle avec sursis devant l'inciter à rectifier, pour l'avenir, sa pratique dans un sens conforme à la réglementation et aux exigences de son art.

En conséquence, eu égard à l'ensemble des éléments susmentionnés, le fonctionnaire- dirigeant estime justifié le prononcé des amendes suivantes :

- du grief de prestations non effectuées, une amende administrative de 100% du montant des prestations indument attestées à charge de l'assurance soins de santé (LC 14.07.1994, art. 142, §1^{er}, 1^o), soit 8.837,75 euros, dont 50% en amende effective (soit 4.418,875 euros) et 50% en amende assortie d'un sursis d'une durée de 3 ans (soit 4.418,87 euros).
- du grief de prestations non conformes, une amende administrative de 50% du montant des prestations indument attestées à charge de l'assurance soins de santé (LC 14.07.1994, art. 142, §1^{er}, 2^o), soit 5.260,76 €, assortie d'un sursis total d'une durée de 3 ans (soit une amende effective de 0€ et une amende assortie d'un sursis d'un montant de 5.260,76 €).

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 trois griefs établis ;
- Condamne Madame A. à rembourser la valeur des prestations indues s'élevant à 23.373, 39 euros ;
- Constate que Madame A. a remboursé une somme de 23.373,04 euros et que l'indu résiduel s'élève à 0,35 euros.
- Condamne Madame A. à payer une amende de 100 % du montant des prestations indument attestées à charge de l'assurance soins de santé (LC 14.07.1994, article 142,§1^{er}, 1^o), soit 8837,75 euros dont 50 % en amende effective (soit 4418, 86 euros) et 50% en amende assortie d'un sursis d'une durée de trois ans (soit 4418,86 euros).
- Condamne Madame A. à payer une amende de 50 % du montant des prestations indument attestées à charge de l'assurance soins de santé (LC 14.07.1994, article 142,§1^{er}, 2^o), soit 5.260,76 euros assortie d'un sursis total d'une durée de 3 ans (soit une amende effective de 0 € et une amende assortie d'un sursis d'une durée de 3 ans d'un montant de 5.260,76 €).
- Dit qu'à défaut de paiement des sommes ,dues dans les trente jours de la notification de la présente décision, des intérêts au taux légal en matière sociale, tel que prévu à l'article 2, §3, de la loi du 5 mai 1865 relative au prêt à intérêt, seront dus, de plein droit, à compter de l'expiration du délai précité.

Ainsi décidé à Bruxelles.

Le Fonctionnaire-dirigeant,
Dr Philip Tavernier
Médecin directeur général