

## DECISION DU FONCTIONNAIRE-DIRIGEANT DU 14 MARS 2022

Concerne : **Monsieur A.**  
**Infirmier**  
**Et**  
**SPRL B.**  
**BRS/F/21-016**

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

### **1 GRIEFS FORMULES**

Trois griefs ont été formulés (voir pour le détail la note de synthèse précitée) 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 :

#### **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 effectuées ou fournies ou lorsqu'elles ont été effectuées ou fournies durant une période d'interdiction temporaire ou définitive d'exercice de la profession.**

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

Les prestations concernées tombent sous le prescrit de l'article 142§1er, 1° de la Loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

##### **1.1.1 Base légale et réglementaire (à l'époque de l'infraction) :**

##### **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. § 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.

(...)

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)

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

(...)

"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. 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."

"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)

" 423275 Administration de médicaments par voie intramusculaire, sous-cutanée ou hypodermique

W 0,730 "

"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 "

### **1.1.2. Argumentation**

Les prestations de soins infirmiers ne sont pas effectuées.

### **1.1.3. Conclusion**

Ce grief concerne 3 assurés pour 197 prestations non effectuées, pour la période de prestations du 01/07/2017 au 30/05/2018 et d'introduction à l'organisme assureur (OA) du 09/08/2017 au 01/06/2018, à concurrence d'un indu total de 3.737,73€.

## **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'art. 73 bis, 2° de la Loi ASSI coordonnée le 14 juillet 1994.

Forfait B non conforme, car pas de toilette effectuée.

### **1.2.1 Base légale et réglementaire (à l'époque de l'infraction) :**

#### **a. 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. § 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

(...)

B. Prestations techniques de soins infirmiers."

(...)

"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. 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. 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)

" 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 weekend 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

(...)

B. Prestations techniques de soins infirmiers."

(...)

"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. 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. 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. 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."

(...)

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

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

(...)

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

"2° Les honoraires forfaitaires visés à la rubrique II du § 1er, 1°, 2°, 3° et

3°bis remboursent d'une façon forfaitaire les prestations suivantes dispensées au cours d'une même journée de soins :

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

"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;"

(...)

"§ 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 cm<sup>2</sup>;

- 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 cm<sup>2</sup> ou plus;

- les soins d'ulcère(s) d'une superficie de 60 cm<sup>2</sup> 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."

### **b. Directive (23 mai 2011) concernant le contenu de la planification et de l'évaluation**

[https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/directive\\_infirmiers\\_planification\\_evaluation\\_20110523.pdf](https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/directive_infirmiers_planification_evaluation_20110523.pdf)

Le plan de soin comprend au minimum la fréquence des différents actes infirmiers qui doivent être exécutés, y compris le moment recommandé. Si besoin est, des instructions supplémentaires sur l'adaptation des soins à la personne sont mentionnées. Le planning d'une précédente période peut être confirmé ou prolongé, adapté ou cessé.

L'évaluation du soin presté est réalisée sur base des observations constatées. Ces observations sont consignées au moment de l'exécution du soin. Il est également important de définir les observations indispensables que l'infirmier doit réaliser et de connaître les scores des différents items de l'échelle d'évaluation relative à la dépendance qui est utilisée. L'évaluation du soin résulte de la confirmation ou de la prolongation, de l'adaptation ou de la cessation du plan de soins, ou de la révision des problèmes du patient.

### **c. Directives relatives aux soins de plaie(s)**

[https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/directive\\_infirmiers\\_soins\\_plaie.pdf](https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/directive_infirmiers_soins_plaie.pdf)

Directives relatives au contenu du dossier infirmier en matière de soins complexes et spécifiques de plaie(s) Ce dossier fait partie intégrante du dossier infirmier et comprend l'anamnèse infirmière, le jugement clinique du praticien de l'art infirmier (diagnostics infirmiers), le plan de soins (interventions infirmières) et l'évaluation des résultats.

#### • L'anamnèse infirmière comprend les éléments suivants :

- ° Date de l'anamnèse infirmière
- ° Données d'identification du patient
- ° Médecin généraliste : données d'identification
- ° Médecin spécialiste : données d'identification
- ° Infirmier(ère) référent(e) : données d'identification
- ° Infirmier(ère) relais en soins de plaie(s) : données d'identification
- ° Antécédents médicaux et chirurgicaux qui peuvent avoir une influence sur la plaie, si données médicales à ce sujet disponibles
- ° Allergies :
- ° cutanée

° médicamenteuse: si données médicales à ce sujet disponibles (nom du médecin et date à laquelle les données ont été obtenues)

° alimentaire

° Facteurs aggravants ou potentiellement aggravants :

° état nutritionnel

° état d'hydratation

° d'origine médicale (par exemple : insuffisance cardiaque, artérite, ...)

° d'origine thérapeutique (par exemple : médicaments anti-inflammatoires et anti-infectieux, chimiothérapie, ...)

° perte de mobilité

° autres (à spécifier)

° Situation familiale

° Isolé

° Vit en famille

° Personne(s) de contact pour le patient : données d'identification

**Le jugement clinique (diagnostic infirmier) comprend les éléments suivants :**

• Description de la (des) plaie(s)

° nombre de plaies

° localisation de la (des) plaie(s)

° origine de la (des) plaie(s) et date d'apparition de la (des) plaie(s)

° type de plaie(s)

- 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) du deuxième ou du troisième degré, ulcère(s), greffon(s), escarre(s) avec une surface de moins de 60 cm<sup>2</sup>

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

- brûlure(s) du deuxième ou du troisième degré ou greffon(s) avec une surface de 60 cm<sup>2</sup> ou plus

- ulcère(s) avec une surface de 60 cm<sup>2</sup> ou plus

- escarre(s) profonde(s) touchant les tendons et les os

- débridement d'escarre(s)

• Evaluation de la (des) plaie(s)

- ° dimensions (profondeur, largeur, longueur)
  - ° stade de cicatrisation de la plaie (rose, rouge, jaune, noire)
  - ° exsudat ( 0, +, ++, +++)
  - ° contours de la plaie
  - ° douleur (aiguë ou chronique)
  - Le plan de soins comprend :
    - La planification des interventions infirmières
    - Le traitement locale de la (des) plaie
  - ° nature
  - ° fréquence
  - ° répartition des soins pendant la journée
  - ° nettoyage de la plaie et produits utilisés
  - ° moyen de recouvrement
  - ° moyens de fixation
  - ° moyens de compression
  - L'évaluation du résultat du traitement
    - Justification de la demande d'avis d'un infirmier relais (si en application, soit uniquement en cas de plaies spécifiques)
    - Rapport de la visite de l'infirmier relais (si en application, soit uniquement pour les plaies spécifiques). Ce rapport comprend au minimum :
      - ° La description de la plaie
      - ° L'évaluation de la plaie et du traitement en cours
      - ° Le traitement proposé
- [...]

### **1.2.2. Argumentation**

Dans le cas de cet assuré, le forfait B n'est pas attestable car la toilette est réalisée par l'épouse.

Cependant, des soins de plaies complexes ont été réalisés ainsi qu'une injection de clexane les jours sans dialyse (c.à.d. par convention les mardi, jeudi, samedi et dimanche) ; un indu différentiel a été calculé entre le forfait et le soin de plaie + une prestation de base + injection (les mardi, jeudi, samedi et dimanche).

Il aurait fallu attester les codes

en semaine :

- 425014 première prestation de base: + le code 424351 soin de plaie complexe + code 423076 administration de médicaments par voie intramusculaire, sous cutanée ou hypodermique.

En week-end et jours fériés :

- 425412 première prestation de base + le code 424513 soin de plaie complexe + code 423275 administration de médicaments par voie intramusculaire, sous cutanée ou hypodermique.

### 1.2.3. Conclusion

Ce grief concerne 1 assuré pour 212 prestations non conformes pour la période de prestations du 21/02/2017 au 31/12/2017 et d'introduction à l'OA du 27/04/2017 au 12/01/2018, à concurrence d'un indu différentiel de 4.951,03€.

### 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'art. 73 bis, 2° de la Loi ASSI coordonnée le 14 juillet 1994.

Absence de dossier infirmier.

Les prestations concernées tombent sous le prescrit de l'article 142§1er, 2° de la Loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

#### 1.3.1 Base légale et réglementaire (à l'époque de l'infraction)

a. 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. § 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 mentionnés dans le deuxième alinéa doivent être mentionnés au moins toutes les deux semaines dans le dossier infirmier."

(...)

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 relatif aux soins qu'il a dispensés."

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

+ "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."

(...)

### **1.3.2 Argumentation**

Il apparaît que le dossier infirmier n'existe pas : cela n'est pas conforme au prescrit de la nomenclature des prestations de santé. Le contenu minimal du dossier infirmier tel que décrit dans l'article 8 de la nomenclature est une condition de remboursement de ces prestations.

Dans une lettre du 29 juillet 2020, le prestataire reconnaît avoir commis des erreurs et les assume.

### **1.3.3 Conclusion**

Ce grief concerne 2 assurés pour 173 prestations non conformes. N'ont été retenus pour chaque assuré que 3 mois sur une période de prestations allant du 01/02/2018 au 31/05/2018 et d'introduction à l'OA du 19/04/2018 au 01/06/2018, à concurrence d'un indu total de 11.251,76€.

Pour ces griefs, l'indu total a été évalué à 19.940,52 euros.

Monsieur A. a procédé au remboursement total de l'indu le 16/02/2021.

## **2 DISCUSSION**

### **2.1. Moyens de défense**

Monsieur A. reconnaît les faits cités à grief et invoque un manque de formation quant aux aspects administratifs, des difficultés familiales (divorce avec Mme C.) et une pression exercée par Mme C. Il fait valoir que suite à un dégât des eaux, survenu en mars 2018, dans une cave où étaient archivés les dossiers infirmiers, les dossiers infirmiers ont disparu.

### **2.2. Fondement des griefs**

Le présent dossier porte sur des prestations non effectuées et sur des prestations non conformes (forfaits B non attestables car pas de toilette effectuée et absence de dossiers infirmiers).

Le Fonctionnaire-dirigeant relève que Monsieur A. a attesté des prestations non effectuées pour une somme de 3.737,73€ et a de l'expérience (il est né en 1975 et diplômé en 2004).

Quant au sinistre dégât des eaux, aucune pièce prouvant ce sinistre ne se trouve dans le dossier.

Suivant les éléments recueillis lors des auditions de Monsieur A., des assurés, de leurs familles et de différents prestataires de soins, des prestations non effectuées et des prestations non conformes ont été attestées.

Même si Monsieur A. subissait les pressions de son ex-épouse, il devait être au courant de ce qu'elle facturait.

Par ailleurs, Monsieur A. reconnaît les griefs et a remboursé totalement l'indu.

Au vu de tous ces éléments, le Fonctionnaire-dirigeant considère que les griefs sont établis.

### **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 19.940,52 euros.

Les griefs étant fondés, il y a lieu de condamner Monsieur A. au remboursement de l'indu, en application de l'article 142, §1<sup>er</sup>, alinéa 1, 1<sup>o</sup> et 2<sup>o</sup>, de la loi ASSI coordonnée le 14 juillet 1994, soit la somme de 19.940,52 euros et de constater que cette somme a été totalement remboursée le 16/02/2021.

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 ASSI coordonnée le 14 juillet 1994, la SPRL B. doit être condamnée solidairement avec Monsieur A. au remboursement des sommes indûment perçues.

## **2.4. Quant à l'amende administrative**

2.4.1. Les prestations ont été introduites auprès des organismes assureurs du 27/04/2017 au 01/06/2018.

La sanction applicable est celle visée à l'article 142 §1<sup>er</sup>, 1° et 2° de la loi SSI, c'est-à-dire, pour les prestations non effectuées, une amende administrative comprise entre 50% et 200% de la valeur des prestations indûment attestées ainsi que, pour les prestations non conformes, une amende administrative comprise entre 5% et 150% de la valeur des prestations indûment attestées.

2.4.2. Le Fonctionnaire-dirigeant estime nécessaire de prononcer une amende administrative à charge de Monsieur A.

En effet, les dispensateurs de soins doivent être considérés comme des collaborateurs de l'assurance obligatoire. En cette qualité, ceux-ci sont tenus, dans le cadre de leurs activités, à un devoir de rigueur et de probité.

En l'espèce, des prestations non effectuées, manquement particulièrement grave, et des prestations non conformes ont été attestées sur une période infractionnelle de plus d'1 an.

Le Fonctionnaire-dirigeant souligne que 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 suppose un rapport de confiance notamment entre l'INAMI, les organismes assureurs et les dispensateurs de soins.

Le respect des conditions prévues par la réglementation est un des fondements de ce rapport de confiance.

Si les prestataires ne se conforment pas à la réglementation, ils brisent ce rapport de confiance et mettent en péril l'équilibre des deniers publics.

En conséquence, eu égard à l'expérience de Monsieur A. (conventionné depuis 2004), à l'absence d'antécédent et au remboursement total de l'indu, le Fonctionnaire-dirigeant estime justifié le prononcé de l'amende suivante :

- une amende administrative s'élevant à 100 % du montant des prestations indues (3.737,73 euros) dont la moitié avec sursis de 3 ans, soit une amende effective de 1.868,86 pour le 1<sup>er</sup> grief (article 142, § 1<sup>er</sup>, 1° de la loi ASSI coordonnées) ;
- une amende administrative s'élevant à 50% du montant des prestations indues (soit une amende de 2.475,51 euros) avec un sursis total de 3 ans pour le 2<sup>ème</sup> grief (article 142, § 1<sup>er</sup>, 2° de la loi ASSI coordonnées).

### **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 griefs établis;
- Condamne solidairement Monsieur A. et la SPRL B. à rembourser la valeur des prestations indues s'élevant 19.940,52 euros et constate que cette somme a été remboursée ;
- Condamne Monsieur A. à payer une amende de 100 % du montant des prestations indues (3.737,73 euros) dont la moitié avec sursis de 3 ans, soit une amende effective de 1.868,86 pour le 1<sup>er</sup> grief (article 142, § 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup> de la loi ASSI coordonnées) ;
- Condamne Monsieur A. à payer une amende de 50% du montant des prestations indues (soit une amende de 2.475,51 euros) avec un sursis total de 3 ans pour le 2<sup>ème</sup> grief (article 142, § 1<sup>er</sup>, 2<sup>o</sup> de la loi ASSI coordonnées) ;
- 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,