

**DECISION DU FONCTIONNAIRE-DIRIGEANT DU 19 DECEMBRE 2023  
BRS/F/23-021**

Concerne : **MADAME A.**  
**Infirmière brevetée**  
**B. SPRL**

**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 UNIQUE FORMULE**

Un grief unique a été formulé au terme du procès-verbal de constat d'infraction du 22/09/2021 (voir pour le détail la note de synthèse) concernant Madame A. et la SRL B., 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 :

**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)**

**Dossier infirmier non conforme.**

### **1.1. Base réglementaire du grief**

"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) + "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) + "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:

W 10,083 "

- 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)

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

(...)

"VIII

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

A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997)

**"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

(...)

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

(...)

"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 2,56

(...)

**"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)

W 10,944

"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 4.6.1998" (en vigueur 1.7.1998) +

"A.R. 9.6.1999" (en vigueur 1.7.1999) + "A.R. 13.10.2004" (en vigueur 1.1.2005)

" 425714 Honoraires forfaitaires, dits forfait C, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants:

- dépendance pour le critère se laver (score 4) et le critère s'habiller (score 4), et

- dépendance pour le critère transfert et déplacements (score 4) et le critère aller à la toilette (score 4), et  
- dépendance pour le critère continence et pour le critère manger (pour laquelle un des deux critères obtient un score de 4, et l'autre un score de minimum 3) W 15,017

(...)

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

"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. 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)

**§ 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."

(...)

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

(...)

"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. 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."

(...)

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." (...)

"§ 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."

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

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

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

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

1. 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 plaies
    - ° L'évaluation de la plaie et du traitement en cours
    - ° Le traitement proposé
- (...)

### 1.2. Prestations en cause

<u>Code</u>	<u>Lettre-clé</u>	<u>Libellé</u>	<u>Entrée en vigueur</u>
424351	W 1,759	Soins de plaie(s) complexes	01/07/2009
424513	W 2,562	Soins de plaie(s) complexes	01/07/2009
425014	W 0,879	Première prestation de base de la journée de soins	01/06/1997
425294	W 7,371	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)	01/01/2005
425316	W10,083	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)	01/01/2005
425412	W 1,206	Première prestation de base de la journée de soins	01/06/1997
425692	W10,944	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)	01/01/2005
425714	W15,017	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)	01/01/2005
428035	W 0,134	valorisation des prestations multiples et contraignantes chez les patients très dépendants	01/01/2010
428050	W 0,134	valorisation des prestations multiples et contraignantes chez les patients très dépendants	01/01/2010

### 1.3. Argumentation

Les dossiers infirmiers sont non conformes au prescrit de la nomenclature des prestations de santé. Ils existent mais sont incomplets.

#### **1.4. Position et justifications du dispensateur de soins**

En date du 19/11/2021, Me C. écrivait au SECM :

« 3.

*Après analyse du PVC dressé par vos services, Madame A. reconnaît que certaines prestations accomplies ne sont pas strictement conformes à la Nomenclature.*

*Pour d'autres prestations, Madame A. conteste l'absence de conformité des prestations à la nomenclature des soins de santé, mais n'a pas d'arguments objectifs à faire valoir à ce stade.*

*Par conséquent, Madame A. accepte de procéder au remboursement volontaire de la somme qui lui est réclamée à titre d'indu ».*

#### **1.5. Conclusion**

Ce grief concerne 7 assurés pour 591 prestations de santé non conformes, pour la période de prestations du 02/09/2018 au 31/07/2020 et d'introduction à l'OA du 16/10/2018 au 06/08/2020, à concurrence d'un indu total de 18.765,92 €.

Ces prestations ont été portées en compte au nom de Madame A., infirmière.

## **2. DISCUSSION**

### **2.1. Quant au bien fondé du grief unique**

Le grief unique repose sur l'analyse des dossiers infirmiers tenus par Mme A. qui sont sous la forme électronique et papier. Mme A. rédige les échelles de KATZ.

L'analyse des dossiers infirmiers a révélé notamment :

- l'absence de planification des soins et d'évaluation des soins ou d'observations ;
- au dossier électronique, la mention « RAS » est quotidienne ;
- le dossier soins de plaie incomplet : absence de mentions des éléments relevant concernant la planification et l'évaluation des soins au moins une fois toutes les deux semaines au dossier infirmier ; dates des photos non précisées (seulement le mois) ;
- prescriptions du médecin traitant incomplètes.
- les feuilles représentant les prestations journalières ne sont ni signées ni paraphées.
- aucune échelle d'évaluation dite échelle de Katz ne figure au dossier infirmier présenté alors qu'un forfait B ou C est facturé chaque jour de prestations de soins infirmiers.
- absence d'identification du prestataire de soins, le sigle « infimedo » apparaît en haut à droite sur la feuille des « prestations journalières ».

En réponse au procès verbal de constat notifié à Mme A. le 22/09/2021, Me C., le conseil de Mme A., a adressé le 19/11/2021 au SECM un courrier faisant état de la reconnaissance du grief par sa cliente :

« 3.

*Après analyse du PVC dressé par vos services, Madame A. reconnaît que certaines prestations accomplies ne sont pas strictement conformes à la Nomenclature.*

*Pour d'autres prestations, Madame A. conteste l'absence de conformité des prestations à la nomenclature des soins de santé, mais n'a pas d'arguments objectifs à faire valoir à ce stade.*

*Par conséquent, Madame A. accepte de procéder au remboursement volontaire de la somme qui lui est réclamée à titre d'indu ».*

Le 14/09/2023, il a été demandé à Mme A. et à la SRL B. des moyens de défense par courrier recommandé.

Aucun moyen de défense n'est parvenu au Service.

Compte tenu de ce qui précède, le grief unique de prestations non conformes est établi.

## **2.2. Quant à l'indu**

Le grief unique reproché au terme du procès-verbal de constat d'infraction du 22/09/2023 a entraîné des débours indus dans le chef de l'assurance obligatoire soins de santé pour un montant de 18.765,92 euros.

La SRL B. a procédé à 6 versements de 1.564 euros chacun les 8/12/2021, 4/01/2022, 9/02/2022, 5/05/2022 (deux versements effectués à cette date), 01/06/2022.

Le grief formulé à l'encontre de Mme A. étant fondé suivant l'analyse ci-dessus, il y a lieu d'ordonner que Mme A. soit condamnée à rembourser la valeur des prestations indues s'élevant à 18.765,92 euros et de constater que l'indu résiduel s'élève à 9.381,92 euros.

Les remboursements de l'assurance soins de santé ayant été perçus par la SRL B., il doit être fait application de l'article 164 alinéa 2 de la loi SSI et en conséquence la SRL B. doit être condamnée solidairement au remboursement de l'indu, soit la somme de 18.765,92 euros.

Partant, il y a donc lieu de condamner solidairement Madame A. et la SRL B. à rembourser la valeur des prestations indues s'élevant à 18.765,92 euros (Loi SSI, art. 142, §1<sup>er</sup>, 2° et art. 164, al. 2) et de constater que l'indu résiduel s'élève à 9.381,92 euros.

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

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

En vertu de l'article 169 de la Loi SSI, la sanction applicable est celle visée à l'article 142, §1<sup>er</sup>, 1° et 2° de la même loi, c'est-à-dire :

- pour le grief unique relatif aux prestations non conformes, le remboursement de la valeur des prestations indues 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.

### **2.3.2. Quant au quantum de l'amende administrative retenue**

Les prestations citées à grief, comprises entre le 02/09/2018 et le 06/08/2020, ont été introduites auprès des organismes assureurs du 16/10/2018 au 06/08/2020.

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

Concernant l'**attestation de prestations non conformes**, le législateur a encadré de manière très précise les possibilités d'attester les 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 de mentions à faire figurer dans le dossier infirmier du patient.

Les règles de la Nomenclature des prestations de santé sont de stricte interprétation et doivent être appliquées rigoureusement<sup>1</sup> car les dispensateurs de soins collaborent à un service public, ce qui repose sur un rapport de confiance notamment entre l'INAMI, les organismes assureurs et les dispensateurs de soins<sup>2</sup>.

Le respect des formalités administratives prévues par la réglementation est un des fondements de ce rapport de confiance, puisque ces normes sont clairement et expressément énoncées dans cette 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, les dispensateurs de soins brisent ce rapport de confiance et mettent en péril l'équilibre des deniers publics.

En ne respectant pas les règles relatives aux mentions devant figurer dans le dossier infirmier, Madame A. a manqué à ses obligations légales en tant que dispensateur de soins.

Dans ces conditions, au regard notamment de la clarté de la Nomenclature, de l'expérience de Mme A. (diplômée depuis juin 2015, indépendante depuis février 2016), du nombre de prestations (591 prestations), de la durée de la période infractionnelle (prestations réalisées entre le 2/09/2018 et le 31/07/2020 et introduites aux organismes assureurs entre le 16/10/2018 et le 6/08/2020), du montant de l'indu (18.765,92 euros), il est justifié de prononcer à l'encontre de Mme A., au titre des griefs de prestations non conformes, **une amende administrative de 25 % du montant indu à rembourser (LC 14.07.1994, art. 142, §1er, 2°), soit 4.691,48 euros.**

**Toutefois**, l'article 157, §1<sup>er</sup> de la loi ASSI coordonnée le 14/07/1994 prévoit que le fonctionnaire-dirigeant peut accorder un sursis partiel ou total de l'exécution de sa décision infligeant une amende administrative au dispensateur de soins.

Pour fixer le quantum de cette sanction, il convient cependant de tenir compte, non seulement des éléments rappelés ci-dessus, mais aussi de l'absence d'antécédents et du remboursement (même partiel) de l'indu dans le chef de l'intéressée. Cela justifie que la sanction soit assortie

---

<sup>1</sup> Cass. 20/11/2017, C.15.02132.N.

<sup>2</sup> 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

d'une mesure de sursis devant l'inciter à rectifier, pour l'avenir, sa pratique dans un sens conforme à la réglementation et aux exigences de son art.

Il est dès lors justifié de prononcer, dans le chef de Madame A., au titre du grief de prestations non conformes, une amende administrative de 25 % du montant des prestations indument attestées à charge de l'assurance soins de santé (LC 14.07.1994, art. 142, §1<sup>er</sup>, 2<sup>o</sup>), soit 4.691,48 euros, assortie d'un sursis total d'une durée de 3 ans (soit une amende avec sursis de 4.961,48 euros).

**PAR CES MOTIFS,**

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

**APRES EN AVOIR DELIBERE,**

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

- Déclare établis les griefs reprochés Madame A. et à la SRL B. ;
- Condamne solidairement Madame A. et la SRL B. à rembourser la valeur des prestations indues s'élevant à 18.765,92 euros (Loi SSI, art. 142, §1<sup>er</sup>, 2<sup>o</sup> et art. 164, al. 2) ;
- Constate qu'une somme de 9.384 euros a été remboursée et l'indu résiduel s'élève à 9.381,92 euros ;
- Condamne Madame A. à payer une amende administrative au titre des prestations non conformes de 25 % du montant des prestations indument attestées à charge de l'assurance soins de santé (L.C. 14.07.1994, art. 142, §1<sup>er</sup>, 2<sup>o</sup>), soit 4.691,48 euros, assortie d'un sursis total d'une durée de 3 ans (soit une amende assortie d'un sursis d'une durée de 3 ans de 4.691,48 euros) ;
- Dit qu'à défaut de paiement des sommes dues dans les trente jours de la notification de la présente décision, des intérêts au taux légal en matière sociale, tel que prévu à l'article 2, §3, de la loi du 5 mai 1865 relative au prêt à intérêt, seront dus, de plein droit, à compter de l'expiration du délai précité.

Ainsi décidé à Bruxelles, le (date de la signature).

Le Fonctionnaire-dirigeant,