

Concerne : **Madame A.**

**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**

Cinq 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 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 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 (LC).**

En l'espèce, il s'agit de prestations de l'article 8, § 1er, 1°, I et 2°, I de la nomenclature des prestations de santé (NPS), portées en compte au nom de 1 assurée alors qu'elles n'ont pas été réalisées.

La période des prestations litigieuses s'étend du 01/07/2019 au 29/04/2021 ; réception par les organismes assureurs du 04/07/2019 au 03/05/2021.

#### **1.1.1. Base légale et réglementaire du grief**

##### **1.1.1.1. Principe général**

La base réglementaire s'appuie sur le principe général qui veut que les prestations ne sont remboursables par l'assurance soins de santé et indemnités que pour autant qu'elles soient dûment effectuées au bénéfice de l'assuré.

C'est d'ailleurs la raison pour laquelle une «attestation de soins donnés» est établie et signée par le dispensateur de soins, selon la procédure définie à l'art. 53, §1er de la LC le 14/07/1994 (le libellé complet de cet article se trouve dans la note de synthèse, p. 10).

##### **1.1.1.2. La base réglementaire**

La base réglementaire du grief est fondée sur l'article 8, §6, 3° et §8, 8° de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé

en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (ci-après NPS) (le libellé de ces dispositions de la nomenclature se trouve dans la note de synthèse, p. 10-11) .

### **1.1.2. Prestations en cause**

N° code de prestation	Lettre-clé et coefficient	Libellé court	Date d'entrée en vigueur
425014	W 0,879	Première prestation de base de la journée de soins, semaine	01/06/1997
425110	W 1,167	Soins d'hygiène (toilettes), semaine	01/06/1997
425515	W 1,754	Soins d'hygiène (toilettes), week-end ou jour férié	01/06/1997

### **Prestations discutées pour établir le grief**

N° code de prestation	Lettre-clé et coefficient	Libellé court	Date d'entrée en vigueur
424933	W 0,484	Dans le cadre d'une thérapie de compression : application et/ou enlèvement de bas, semaine	01/04/2014
424955	W 0,730	Dans le cadre d'une thérapie de compression : application et/ou enlèvement de bas, week-end ou jour férié	01/04/2014

### **1.1.3. Argumentation**

Le grief se fonde sur :

- L'analyse des données authentifiées ;
- Le rapport de faits à la suite d'un entretien téléphonique de Madame B. en date du 19/04/2021 ;
- Le dossier infirmier de Madame B. remis au SECM par Madame A. en date du 22/07/2021 ;
- L'audition de Madame A. en date du 08/11/2021.

L'assurée a déclaré qu'elle n'avait jamais eu de toilette et qu'elle savait se laver seule. Elle ajoute que Madame A. et ses remplaçantes ne passaient que pour mettre les bas.

Il est important de préciser qu'il n'existe aucun dossier infirmier complet permettant de confirmer ou d'infirmer la réalisation des soins attestés.

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

Madame A. déclare lors de son audition :

*« De manière générale, cette dame se lavait le visage, la poitrine, je faisais le dos et les jambes tous les jours. Je l'aidais à l'habillement et lui mettais les bas de contention tous les jours. Certains jours, je ne la lavais pas et ce à sa demande. Soit elle s'était lavée, soit, j'arrivais trop tard. Parfois elle me disait, « vu que tu ne m'as pas lavée, tu peux m'accompagner au Tivoli ? ».*

*Donc, j'y allais tous les jours et mon échelle ne correspondait pas à la réalité. Son échelle devait correspondre à une T2, mais j'allais tous les jours pour les bas.*

*Je pense qu'elle ne savait pas se laver le dos et les pieds. Personnellement, je pense qu'elle avait besoin plus d'une présence.(...)*

*De janvier 2020 à mars 2021, je lui ai fait un dos-pieds et la mise en place des bas. Le dos-pieds, je le faisais à sa convenance à elle, en moyenne 2 fois par semaine, c'est une moyenne que je vous donne, cela doit correspondre à la réalité, je suis incapable de vous donner les jours. J'allais chez cette dame environ 3 à 4 jours par semaine. Les bas, je les mettais tous les jours.*

*Vous me dites que madame B. déclare qu'elle s'est toujours lavée seule, que moi et mes remplaçants ont toujours été pour lui mettre les bas. Cela ne m'étonne pas, c'est quelqu'un de trop fière. Elle n'aurait jamais dit qu'elle avait besoin d'aide, par fierté. Quand son amie était chez elle quand je passais, elle demandait d'office de ne pas lui laver le dos et les pieds.*

*Si je lui avais mis 3 3 1 1 1 1, c'était d'office une T2 alors que j'y allais tous les jours. Vous me dites que les échelles doivent refléter l'état de dépendance réel de la personne.*

*J'aurais du mettre les cotations que je viens de vous dire, au lieu de 4 4 1 1 1 1.*

*Vous me dites que les cotations établies par votre service pour les critères sont de 1. En effet, l'assurée se lave seule, s'habille seule, se lève seule, se déplace sans aide mécanique, va seule aux toilettes dans un WC non aménagé, n'a pas d'incontinence ni urinaire ni fécale, se fait à manger et mange seule.*

*Au vu de ce que je viens de vous dire, qu'elle a besoin d'aide pour se laver au-dessus et en dessous de la ceinture, vous donnez la cotation de 3. Je suis d'accord avec votre cotation.*

*Pour s'habiller, elle a besoin d'aide en-dessous de la ceinture, (culotte et bas), vous me dites que c'est un 2. Je suis d'accord avec votre cotation.*

*Au final, vos cotations sont de 3 2 1 1 1 1. Je suis d'accord avec ces cotations. Vu que j'y allais tous les jours pour les bas. (...)*

Lors de sa 2<sup>ème</sup> audition en date du 09/09/2022, la prestataire n'a émis aucune remarque au sujet de ce grief, ni de cette assurée.

### **1.1.5. Conclusion**

Ce grief concerne 1 assurée pour 198 prestations (pour le détail, cf note de synthèse, page 13), pour la période de prestations du 01/07/2019 au 05/03/2021 et de réception par l'OA du 04/07/2019 au 04/04/2021, à concurrence d'un indu total de 42,80 € et d'un indu différentiel de 780,59 €, soit un montant total de 823,39 €.

### **1.2. Grief 2 – Prestations non conformes – toilette incomplète**

**Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer les documents réglementaires précités lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans la présente loi, dans ses arrêtés et règlements d'exécution, dans les conventions et accords conclus en vertu de cette même loi et/ou lorsque des prestations visées à l'article 34 ont été prescrites durant une période d'interdiction temporaire ou définitive d'exercice de la profession.**

**Infraction visée à l'art. 73 bis 2° de la Loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 (LC).**

En l'espèce, il s'agit de prestations de l'article 8, § 1er, 1°, I et 2°, I de la nomenclature des prestations de santé (NPS), portées en compte au nom de 1 assurée alors qu'elles n'étaient pas attestables en ce sens que les toilettes réalisées étaient incomplètes.

La période des prestations litigieuses s'étend du 01/07/2019 au 29/04/2021; réception par les organismes assureurs du 04/07/2019 au 03/05/2021.

### **1.2.1. Base légale et réglementaire du grief**

#### **1.2.1.1. Annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé (NPS) en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités**

La base réglementaire est fondée sur l'article 8, §6, 8° de la NPS (cf note de synthèse, page 14).

#### **1.2.1.2. Question-réponse parlementaire**

Question-réponse parlementaire n° 87 posée le 14 avril 1986 à Monsieur le Ministre des Affaires Sociales par Monsieur le Sénateur de CLIPPELE - Bulletin n° 20, Sénat, session ordinaire 1985-1986, (p. 1096 - Bulletin d'information INAMI 1986/4 page 259 et suivantes) relative à la « définition de la notion de toilette des patients » :

« (...) La prestation de toilette ne se limite dès lors pas à un acte technique mais comprend un ensemble de soins d'hygiène.

Par soins d'hygiène, il faut entendre le bain, les soins de bouche, des dents, des ongles et de la chevelure.

Le cas échéant, la toilette comprend l'installation de la personne au fauteuil et son habillement.

Ces soins se complètent par l'observation, la surveillance, la prévention, la mobilisation du malade, l'éducation sanitaire de celui-ci et de son entourage (...)» « définition de la notion de toilette des patients »

#### **1.2.1.3. Jurisprudence**

Une décision de la Chambre de recours (Madame G. contre SECM, n° de rôle FB009-06, décision du 12/01/2012) précise ce que doivent comprendre ces soins d'hygiène :

« (...) Madame G. a signé et délivré des attestations de soins donnés pour des prestations qui requièrent la qualification d'infirmière au vu de l'article 8 de la nomenclature des soins de santé, (...)

La toilette doit comprendre l'ensemble des soins infirmiers se rapportant à la globalité des soins d'hygiène y compris préventif; elle se complète, le cas échéant par la mobilisation du patient. La toilette doit comprendre les soins d'hygiène, soit le bain, les soins de bouche, des dents, des ongles et de la chevelure.

En d'autres termes, la toilette doit être complète. (...) »

### **1.2.2. Prestations en cause**

N° code de prestation	Lettre-clé et coefficient	Libellé court	Date d'entrée en vigueur
425014	W 0.879	Première prestation de base de la journée de soins, semaine	01/06/1997
425110	W 1,167	Soins d'hygiène (toilettes), semaine	01/06/1997

### **1.2.3. Argumentation**

Le grief se fonde sur :

- L'analyse des données authentifiées ;
- Le rapport de faits à la suite d'un entretien téléphonique de Madame B. en date du 19/04/2021 ;
- Le dossier infirmier de Madame B. remis au SECM par Madame A. en date du 22/07/2021 ;
- Les déclarations de Madame A. en date du 08/11/2021.

La prestataire a déclaré :

*« (...) De manière générale, cette dame se lavait le visage, la poitrine, je faisais le dos et les jambes tous les jours. (...) »*

*De janvier 2020 à mars 2021, je lui ai fait un dos-pieds et la mise en place des bas. Le dos-pieds, je le faisais à sa convenance à elle, en moyenne 2 fois par semaine, c'est une moyenne que je vous donne, cela doit correspondre à la réalité, je suis incapable de vous donner les jours. (...) »*

Il est important de préciser qu'il n'existe aucun dossier infirmier complet permettant de confirmer ou d'infirmer la réalisation des soins attestés.

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

Lors de sa 2<sup>ème</sup> audition en date du 09/09/2022, la prestataire n'a émis aucune remarque au sujet de ce grief, ni de cette assurée.

#### **1.2.5. Conclusion**

Le SECM maintient le grief tel qu'il l'a établi.

Ce grief concerne 1 assurée pour 56 prestations (pour le détail, cf note de synthèse, p. 16), pour la période de prestations du 01/07/2019 au 05/03/2021, et de réception à l'OA du 04/07/2019 au 04/04/2021, à concurrence d'un indu total de 20,62 € et d'un indu différentiel de 168,66 €, soit un montant total de 189,28 €.

### **1.3. Grief 3 – Prestations non conformes – dossier infirmier incomplet**

**Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer les documents réglementaires précités lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans la présente loi, dans ses arrêtés et règlements d'exécution, dans les conventions et accords conclus en vertu de cette même loi et/ou lorsque des prestations visées à l'article 34 ont été prescrites durant une période d'interdiction temporaire ou définitive d'exercice de la profession.**

**Infraction visée à l'art. 73 bis 2° de la Loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 (LC).**

En l'espèce, il s'agit de prestations de l'article 8, § 1er, 1°, I, II et 2°, I, II de la nomenclature des prestations de santé (NPS), portées en compte au nom de 8 assurées alors que le dossier infirmier ne correspond pas aux exigences du même article 8 §3, 5° de la NPS.

Ce grief est établi à titre exemplatif pour une période de 3 mois que le SECM a fixé pour la période du 01/01/2020 au 31/03/2020 (prestations réceptionnées par les OA du 02/01/2020 au 02/04/2020). Cependant, les remarques formulées pour ce grief sont valables pour toute la période contrôlée.

### **1.3.1. Base légale et/ou réglementaire**

La base réglementaire repose sur l'article 8, §3, 5°, §4, 1° et 2°, §5, 3°, b, §6, 4° de la NPS (le libellé de ces dispositions se trouve dans la note de synthèse, p. 17-19).

Une lettre circulaire aux praticiens de l'art infirmier 2012/01 datée du 29/05/2012 portant la référence 1240/OMZ-CIRC/INF-12-1-f explicite le contenu du dossier infirmier (cf note de synthèse page 19-20).

### **1.3.2. Prestations en cause**

N° code de prestation	Lettre-clé et coefficient	Libellé court	Date d'entrée en vigueur
425014	W 0,879	Première prestation de base de la journée de soins, semaine	01/06/1997
425110	W 1,167	Soins d'hygiène (toilettes), semaine	01/06/1997
424933	W 0,484	Dans le cadre d'une thérapie de compression : application et/ou enlèvement de bas, semaine	01/04/2014
424955	W 0,730	Dans le cadre d'une thérapie de compression : application et/ou enlèvement de bas, week-end ou jour férié	01/04/2014
425272	W 3,825	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)	01/10/2005
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)	01/06/1997
425316	W 10,083	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)	01/07/1999
425412	W 1,206	Première prestation de base de la journée de soins, week-end ou jour férié	01/06/1997
425515	W 1,754	Soins d'hygiène (toilettes) week-end ou jour férié	01/10/2005
425670	W 5,710	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)	01/06/1997
425692	W 10,944	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)	01/06/1997
425714	W 15,017	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	01/07/1999

		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)	
--	--	---	--

### **1.3.3. Argumentation**

Le grief se fonde sur :

- L'analyse des données authentifiées ;
- L'analyse des 8 dossiers infirmiers remis au SECM par madame A. en date du 22/07/2021 ;
- L'audition de Madame A. en date du 08/11/2021 ;
- L'analyse des documents transmis au SECM par mail par Madame A. en date des 10, 15 et 30/11/2021.

Lors de son audition le 08/11/2021, Madame A. déclare :

*« (...) Vous me demandez si les dossiers infirmiers remis à votre Service en date du 22/07/2021 sont complets. Je vous réponds que j'avais remis tous ceux dont je disposais.*

*Je vous remets des documents que j'ai retrouvé au nom de madame C., il y a 2 prescriptions médicales et 8 échelles de Katz. (...)*

*Tous mes dossiers ont toujours été faits sous format papier, je n'ai jamais eu aucun dossier informatisé. Ils sont conservés dans des fardes, dans une armoire à mon domicile. Je fais un dossier pour tous mes patients chez qui je fais une toilette. Pour les patients devant recevoir une injection ou un pansement, je ne fais pas de dossier. Vous me dites que je dois tenir un dossier pour tous mes patients. Je garde mes prescriptions médicales aussi. (...) »*

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

Lors de son audition le 08/11/2021, Madame A. déclare :

*« (...) Vous me faites remarquer que tous les dossiers infirmiers remis en date du 22/07/2021 ne disposent pas du contenu minimal requis. Il s'agit des dossiers des 6 assurés discutés précédemment. Les dossiers de madame D., NISS ... et de madame E., NISS ... ne disposent également pas du contenu minimal requis. Je vous dis que mon mari a brûlé tous mes dossiers. Je vous remets d'ailleurs un extrait de déclaration de ma copie d'audition du 01/08/2019 faite à la police. Elle sera aussi annexée au présent procès verbal d'audition. (...) »*

Lors de son audition le 09/09/2022, Madame A. déclare :

*« (...) Je voulais préciser une petite chose concernant les dossiers infirmiers.*

*Dans le PVC, il n'est pas précisé dans le rapport de la police que tous les dossiers ont été brûlés. Les dossiers infirmiers ne sont pas repris car je n'étais pas en état de tout énumérer lorsque je suis allée à la police.*

*Il est vrai qu'à partir 2019, j'aurais pu en faire d'autres mais c'est vrai que ceux avant 2019 étaient vraiment complets.(...) »*

### **1.3.5. Conclusion**

Le SECM maintient le grief tel qu'il l'a établi.

Ce grief concerne 8 assurées pour 555 prestations (pour le détail, cf note de synthèse, p. 22-23), pour la période de prestations du 01/01/2020 au 31/03/2020, et de réception aux OA du 02/01/2020 au 02/04/2020, à concurrence d'un montant total de 10.138,96 €.

#### **1.4. Grief 4 – Prestations non conformes – surcotation échelle de Katz**

**Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer les documents réglementaires précités lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans la présente loi, dans ses arrêtés et règlements d'exécution, dans les conventions et accords conclus en vertu de cette même loi et/ou lorsque des prestations visées à l'article 34 ont été prescrites durant une période d'interdiction temporaire ou définitive d'exercice de la profession.**

**Infraction visée à l'art. 73 bis 2° de la Loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 (LC).**

En l'espèce, il s'agit de prestations de l'article 8, § 1<sup>er</sup>, 1° II et 2° II de la nomenclature des prestations de santé (NPS), portées en compte au nom de 5 assurées alors qu'elles n'étaient pas attestables en ce sens que le degré de dépendance requis par le libellé des prestations litigieuses et défini à l'article 8, § 5, 1° de la nomenclature n'était pas atteint.

La période des prestations litigieuses s'étend du 01/07/2019 au 30/04/2021 ; réception par les organismes assureurs du 04/07/2019 au 03/05/2021.

##### **1.4.1. Base légale et réglementaire**

La base réglementaire repose sur l'art. 8, §4, 4°, §5, 1°, 3° c), §6, 1°, 3° et 4°, §8, 8° de la NPS (pour le détail, cf note de synthèse, page 24-26)

Les directives pour l'utilisation de l'échelle d'évaluation (circulaire n° 2011/1 sous références 1240/OMZ-CIRC/INF-11-1-f, d'application depuis le 1<sup>er</sup> avril 2011) viennent expliquer la manière de procéder à l'évaluation des critères de dépendance physique (pour le détail, cf note de synthèse, p. 26-30).

##### **1.4.2. Prestations en cause**

N° code de prestation	Lettre-clé et coefficient	Libellé court	Date d'entrée en vigueur
425272	W 3,825	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)	01/10/2005
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)	01/06/1997
425316	W 10,083	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)	01/07/1999
425670	W 5,710	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),	01/06/1997



		et - dépendance pour le critère transfert et déplacements et/ou le critère aller à la toilette (score 3 ou 4)	
425692	W 10,944	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)	01/06/1997
425714	W 15,017	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)	01/07/1999
419274	W 0,637	Montant complémentaire au Forfait A / Forfait PA	01/03/2020 date de suppression le 01/09/2020
419296	W 0,776	Montant complémentaire au Forfait B / Forfait PB	01/03/2020 date de suppression le 01/09/2020
419311	W 1,109	Montant complémentaire au Forfait C / Forfait PC	01/03/2020 date de suppression le 01/09/2020

### **1.4.3. Argumentation**

Le grief se fonde sur :

- L'analyse des données authentifiées ;
- Les déclarations d'assurés ou de témoins (enfant, médecin traitant);
- Les cotations des échelles de Katz introduites aux OA ;
- Les Directives pour l'utilisation de l'échelle d'évaluation d'application depuis le 1<sup>er</sup> avril 2011 ;
- Les déclarations de Madame A. en date du 08/11/2021 ;
- Les documents complémentaires fournis par Madame A. par mail en date des 10,15 et 30/11/2021.

Lors de son audition, en date du 08/11/2021, Madame A. déclare :

*« (...) Vous me demandez comment je complète mes échelles de KATZ. Je vous réponds que si je dois laver complètement, je mets un 4. Automatiquement, je mets un 4. Je la lave entièrement, c'est un 4, je l'habille complètement, c'est un 4. J'envoie un mail à Madame F. avec tous les éléments indispensables pour l'échelle de Katz : nom, prénom, NISS, adresse, mutualité, scoring : les différents scores et le nombre de passages par jour. Madame F. complète l'échelle sur base des scores que je lui ai indiqués et me le renvoie par mail. Ensuite, je l'imprime et la classe dans le dossier. Je fais de tête mais je m'aide aussi de l'Annexe 3. Vous m'en montrez un exemplaire que je paraphe et vous confirme que c'est bien ça.*

*Vous me demandez si je connais autre chose que ce document pour compléter mes échelles. Je vous réponds non.*

*Vous me montrez un document intitulé « Directives pour l'utilisation de l'échelle d'évaluation, d'application à partir du 1er avril 2011 », vous me le remettez. Vous me demandez si je connaissais ces Directives. Je vous réponds non, je n'ai jamais vu ce document.(...) »*

Il est important de préciser qu'il n'existe aucun dossier infirmier complet permettant de confirmer ou d'infirmer la réalisation des soins attestés.

#### **1.4.4. Position et justification du dispensateur de soins**

La prestataire a souhaité être entendue suite à l'envoi de son PVC et souhaitait discuter des cas de 2 assurées pour lesquels elle n'était pas d'accord avec la décotation établie par le SCEM.

La prestataire a été entendue en date du 09/09/2022. Lors de cette 2<sup>ème</sup> audition, la prestataire n'a pas apporté de nouveaux éléments permettant de réévaluer les échelles de dépendance de ces 2 assurées et de revoir le grief formulé dans le PVC.

Les explications ont de nouveau été données par téléphone en date du 11/10/2022. Suite à ces explications, Madame A. a compris que l'absence de nouveaux éléments lors de la 2<sup>ème</sup> audition ne permettait pas de changer les échelles d'évaluation telles qu'elle avaient été établies avec elle le jour de la 1<sup>ère</sup> audition.

La prestataire n'a émis aucune remarque concernant les autres assurées.

#### **1.4.5. Conclusion**

Le SECM maintient le grief tel qu'il l'a établi.

Ce grief concerne 5 assurées pour 1.745 prestations (pour le détail, cf note de synthèse, p. 32), pour la période de prestations du 01/07/2019 au 30/04/2021, et de réception aux OA du 04/07/2019 au 03/05/2021, à concurrence d'un indu total de 4.467,45 € et d'un indu différentiel de 19.389,62 €, soit un montant total de 23.857,07 €.

#### **1.5. Grief 5 – Prestations non conformes – absence de prescription médicale**

**Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer les documents réglementaires précités lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans la présente loi, dans ses arrêtés et règlements d'exécution, dans les conventions et accords conclus en vertu de cette même loi et/ou lorsque des prestations visées à l'article 34 ont été prescrites durant une période d'interdiction temporaire ou définitive d'exercice de la profession.**

**Infraction visée à l'art. 73 bis 2° de la Loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 (LC).**

En l'espèce, il s'agit de prestations de l'article 8, § 1er, 1°, I, et 2°, I, de la nomenclature des prestations de santé (NPS), portées en compte au nom de 1 assurée alors que la prescription médicale était manquante dans le dossier.

La période des prestations litigieuses s'étend du 01/07/2019 au 30/04/2021 ; réception par les organismes assureurs du 04/07/2019 au 03/05/2021.

### **1.5.1. Base légale et réglementaire**

La base réglementaire repose sur l'art. 8, § 2 et §4 de la NPS (pour le détail, cf note de synthèse, pages 33-34).

### **1.5.2. Prestations en cause**

N° code de prestation	Lettre-clé et coefficient	Libellé court	Date d'entrée en vigueur
423076	W 0,484	Administration de médicaments par voie intramusculaire, sous-cutanée ou hypodermique, semaine	01/07/2003
423275	W 0,730	Administration de médicaments par voie intramusculaire, sous-cutanée ou hypodermique, week-end ou jour férié	01/07/2003

### **Prestations discutées pour établir le grief**

N° code de prestation	Lettre-clé et coefficient	Libellé court	Date d'entrée en vigueur
424933	W 0,484	Dans le cadre d'une thérapie de compression : application et/ou enlèvement de bas, semaine	01/04/2014
424955	W 0,730	Dans le cadre d'une thérapie de compression : application et/ou enlèvement de bas, week-end ou jour férié	01/04/2014

### **1.5.3. Argumentation**

Le grief se fonde sur :

- L'analyse des données authentifiées ;
- Les dossiers transmis au SECM par la prestataire contre accusé de réception en date du 22/07/2021 ;
- Les compléments d'informations transmis par mail par Madame A. en date du 15/11/2021 ;
- Les déclarations de Madame A. en date du 08/11/2021.

Il est important de préciser qu'il n'existe aucun dossier infirmier complet permettant de confirmer ou d'infirmer la réalisation des soins attestés.

### **1.5.4. Position et justification du dispensateur de soins**

Lors de sa 2ème audition en date du 09/09/2022, la prestataire n'a émis aucune remarque au sujet de ce grief, ni de cette assurée.

### **1.5.5. Conclusion**

Ce grief concerne 1 assurée pour 6 prestations (pour le détail, cf note de synthèse, p. 35), pour la période de prestations du 01/07/2019 au 05/03/2021, et de réception à l'OA du 04/07/2019 au 04/04/2021, à concurrence d'un indu différentiel de 0 €. (Le montant des prestations qui ont été portées en compte est identique au montant des prestations qui auraient pu être portées en compte.)

## **2. DISCUSSION**

### **2.1. Sur le bien fondé des griefs reprochés à Mme A.**

#### **2.1.1. Grief de prestations non effectuées**

Le grief de prestations non effectuées repose sur :

- L'analyse des données authentifiées ;
- Le rapport de faits à la suite d'un entretien téléphonique de Madame C. en date du 19/04/2021 ;
- Le dossier infirmier de Madame C. remis au SECM par Madame A. en date du 22/07/2021 : ce dossier étant incomplet ne permet pas de confirmer ou d'infirmer la réalisation des soins attestés.
- L'audition de Madame A. en date du 08/11/2021 ;
- Les déclarations de l'assurée qui a indiqué qu'elle n'avait jamais eu de toilette, qu'elle savait se laver seule et que Madame A. et ses remplaçantes ne passaient que pour mettre les bas.

Lors de son audition du, Mme A. a déclaré :

Madame A. déclare lors de son audition du 8/11/2021 :

*« De manière générale, cette dame se lavait le visage, la poitrine, je faisais le dos et les jambes tous les jours. Je l'aidais à l'habillement et lui mettais les bas de contention tous les jours. Certains jours, je ne la lavais pas et ce à sa demande. Soit elle s'était lavée, soit, j'arrivais trop tard. Parfois elle me disait, « vu que tu ne m'as pas lavée, tu peux m'accompagner au Tivoli ? ».*

*Donc, j'y allais tous les jours et mon échelle ne correspondait pas à la réalité. Son échelle devait correspondre à une T2, mais j'allais tous les jours pour les bas.*

*Je pense qu'elle ne savait pas se laver le dos et les pieds. Personnellement, je pense qu'elle avait besoin plus d'une présence.(...)*

*De janvier 2020 à mars 2021, je lui ai fait un dos-pieds et la mise en place des bas. Le dos-pieds, je le faisais à sa convenance à elle, en moyenne 2 fois par semaine, c'est une moyenne que je vous donne, cela doit correspondre à la réalité, je suis incapable de vous donner les jours. J'allais chez cette dame environ 3 à 4 jours par semaine. Les bas, je les mettais tous les jours.*

*Vous me dites que madame C. déclare qu'elle s'est toujours lavée seule, que moi et mes remplaçants ont toujours été pour lui mettre les bas. Cela ne m'étonne pas, c'est quelqu'un de trop fière. Elle n'aurait jamais dit qu'elle avait besoin d'aide, par fierté. Quand son amie était chez elle quand je passais, elle demandait d'office de ne pas lui laver le dos et les pieds.*

*Si je lui avais mis 3 3 1 1 1 1, c'était d'office une T2 alors que j'y allais tous les jours. Vous me dites que les échelles doivent refléter l'état de dépendance réel de la personne.*

*J'aurais du mettre les cotations que je viens de vous dire, au lieu de 4 4 1 1 1 1.*

*Vous me dites que les cotations établies par votre service pour les critères sont de 1. En effet, l'assurée se lave seule, s'habille seule, se lève seule, se déplace sans aide mécanique, va seule aux toilettes dans un WC non aménagé, n'a pas d'incontinence ni urinaire ni fécale, se fait à manger et mange seule.*

*Au vu de ce que je viens de vous dire, qu'elle a besoin d'aide pour se laver au-dessus et en dessous de la ceinture, vous donnez la cotation de 3. Je suis d'accord avec votre cotation.*

*Pour s'habiller, elle a besoin d'aide en-dessous de la ceinture, (culotte et bas), vous me dites que c'est un 2. Je suis d'accord avec votre cotation.*

*Au final, vos cotations sont de 3 2 1 1 1 1. Je suis d'accord avec ces cotations. Vu que j'y allais tous les jours pour les bas. (...)*»

Lors de sa 2<sup>nd</sup>e audition en date du 09/09/2022, la prestataire n'a émis aucune remarque au sujet de ce grief, ni de cette assurée.

Le 27/06/2024, il a été demandé des moyens de défense à Mme A.

Aucun moyen de défense n'est parvenu au Service.

Compte tenu de ce qui précède, le premier grief de prestations non effectuées est établi.

### **2.1.2. Grief de non-conformité relatif à la toilette incomplète**

Le deuxième grief de non-conformité, relatif à la toilette incomplète, repose sur :

- L'analyse des données authentifiées ;
- Le rapport de faits à la suite d'un entretien téléphonique de Madame C. en date du 19/04/2021 ;
- Le dossier infirmier de Madame C. remis au SECM par Madame A. en date du 22/07/2021 ;
- Les déclarations de Madame A. en date du 08/11/2021.

Lors de son audition du 8/11/2021, Madame A. a déclaré :

*« (...) De manière générale, cette dame se lavait le visage, la poitrine, je faisais le dos et les jambes tous les jours. (...) »*

*De janvier 2020 à mars 2021, je lui ai fait un dos-pieds et la mise en place des bas. Le dos-pieds, je le faisais à sa convenance à elle, en moyenne 2 fois par semaine, c'est une moyenne que je vous donne, cela doit correspondre à la réalité, je suis incapable de vous donner les jours. (...) »*

Lors de sa seconde audition, le 9/09/2022, la dispensatrice n'a émis aucune remarque au sujet de ce grief ou de cette assurée.

Le 27/06/2024, il a été demandé des moyens de défense à Mme A.

Aucun moyen de défense n'est parvenu au Service.

Compte tenu de ce qui précède, le deuxième grief de prestations non conformes relatif à la toilette incomplète est établi.

### **2.1.3. Grief de non-conformité relatif aux dossiers infirmiers incomplets**

Le troisième grief de non-conformité, relatif aux dossiers infirmiers incomplets, repose sur :

- L'analyse des données authentifiées ;
- L'analyse des 8 dossiers infirmiers remis au SECM par madame A. en date du 22/07/2021 ;
- L'audition de Madame A. en date du 08/11/2021 ;
- L'analyse des documents transmis au SECM par mail par Madame A. en date des 10, 15 et 30/11/2021.

Lors de son audition du 8/11/2021, Madame A. a déclaré :

« (...) Vous me demandez si les dossiers infirmiers remis à votre Service en date du 22/07/2021 sont complets. Je vous réponds que j'avais remis tous ceux dont je disposais.

Je vous remets des documents que j'ai retrouvé au nom de madame H., il y a 2 prescriptions médicales et 8 échelles de Katz. (...)

Tous mes dossiers ont toujours été faits sous format papier, je n'ai jamais eu aucun dossier informatisé. Ils sont conservés dans des fardes, dans une armoire à mon domicile. Je fais un dossier pour tous mes patients chez qui je fais une toilette. Pour les patients devant recevoir une injection ou un pansement, je ne fais pas de dossier. Vous me dites que je dois tenir un dossier pour tous mes patients. Je garde mes prescriptions médicales aussi. (...) »

« (...) Vous me faites remarquer que tous les dossiers infirmiers remis en date du 22/07/2021 ne disposent pas du contenu minimal requis. Il s'agit des dossiers des 6 assurés discutés précédemment. Les dossiers de madame D., NISS ... et de madame E., NISS ... ne disposent également pas du contenu minimal requis. Je vous dis que mon mari a brûlé tous mes dossiers. Je vous remets d'ailleurs un extrait de déclaration de ma copie d'audition du 01/08/2019 faite à la police. Elle sera aussi annexée au présent procès verbal d'audition. (...) »

Lors de sa seconde audition, le 9/09/2022, la dispensatrice a indiqué :

« (...) Je voulais préciser une petite chose concernant les dossiers infirmiers.

Dans le PVC, il n'est pas précisé dans le rapport de la police que tous les dossiers ont été brûlés. Les dossiers infirmiers ne sont pas repris car je n'étais pas en état de tout énumérer lorsque je suis allée à la police.

Il est vrai qu'à partir 2019, j'aurais pu en faire d'autres mais c'est vrai que ceux avant 2019 étaient vraiment complets.(...) »

Le 27/06/2024, il a été demandé des moyens de défense à Mme A.

Aucun moyen de défense n'est parvenu au Service.

Compte tenu de ce qui précède, le troisième grief de prestations non conformes relatif aux dossiers infirmiers incomplets est établi.

#### **2.1.4. Grief de non-conformité relatif au surscorage de l'état de dépendance physique des assurés**

Le quatrième grief de non-conformité, relatif au surscorage de l'état de dépendance physique des assurés, repose sur :

- L'analyse des données authentifiées ;
- Les déclarations d'assurés ou de témoins (enfant, médecin traitant);
- Les cotations des échelles de Katz introduites aux OA ;
- Les Directives pour l'utilisation de l'échelle d'évaluation d'application depuis le 1<sup>er</sup> avril 2011 ;
- Les déclarations de Madame A. en date du 08/11/2021 ;
- Les documents complémentaires fournis par Madame A. par mail en date des 10,15 et 30/11/2021.

Lors de son audition du 8/11/2021, Madame A. a déclaré :

« (...) Vous me demandez comment je complète mes échelles de KATZ. Je vous réponds que si je dois laver complètement, je mets un 4. Automatiquement, je mets un 4. Je la lave entièrement, c'est un 4, je l'habille complètement, c'est un 4. J'envoie un mail à Madame F.

*avec tous les éléments indispensables pour l'échelle de Katz : nom, prénom, NISS, adresse, mutualité, scoring : les différents scores et le nombre de passages par jour. Madame F. complète l'échelle sur base des scores que je lui ai indiqués et me le renvoie par mail. Ensuite, je l'imprime et la classe dans le dossier. Je fais de tête mais je m'aide aussi de l'Annexe 3. Vous m'en montrez un exemplaire que je paraphé et vous confirme que c'est bien ça.*

*Vous me demandez si je connais autre chose que ce document pour compléter mes échelles. Je vous réponds non.*

*Vous me montrez un document intitulé « Directives pour l'utilisation de l'échelle d'évaluation, d'application à partir du 1er avril 2011 », vous me le remettez. Vous me demandez si je connaissais ces Directives. Je vous réponds non, je n'ai jamais vu ce document.(...) »*

La prestataire a souhaité être entendue suite à l'envoi de son PVC et souhaitait discuter des cas de 2 assurées pour lesquels elle n'était pas d'accord avec la décotation établie par le SCEM.

La prestataire a été entendue en date du 09/09/2022. Lors de cette 2<sup>ème</sup> audition, la prestataire n'a pas apporté de nouveaux éléments permettant de réévaluer les échelles de dépendance de ces 2 assurées et de revoir le grief formulé dans le PVC.

Les explications ont de nouveau été données par téléphone en date du 11/10/2022. Suite à ces explications, Madame A. a compris que l'absence de nouveaux éléments lors de la 2<sup>ème</sup> audition ne permettait pas de changer les échelles d'évaluation telles qu'elle avaient été établies avec elle le jour de la 1<sup>ère</sup> audition.

La prestataire n'a émis aucune remarque concernant les autres assurées.

Le 27/06/2024, il a été demandé des moyens de défense à Mme A.

Aucun moyen de défense n'est parvenu au Service.

Compte tenu de ce qui précède, le quatrième grief de prestations non conformes relatif au surscorage de l'état de dépendance physique des assurés est établi.

#### **2.1.5. Grief de non-conformité relatif à l'absence de prescription**

Le cinquième grief de non-conformité, relatif au à l'absence de prescription, repose sur :

- L'analyse des données authentifiées ;
- Les dossiers transmis au SECM par la prestataire contre accusé de réception en date du 22/07/2021 ;
- Les compléments d'informations transmis par mail par Madame A. en date du 15/11/2021 ;
- Les déclarations de Madame A. en date du 08/11/2021.

Lors de son audition du 8/11/2021, Madame A. a déclaré :

*«Madame C., NISS ...*

*(...)*

*L'analyse des données informatisées montre que des prestations d'administration de médicaments par voie IM, SC ou hypodermique ont été attestées du 18/09/2019 au 02/10/2019 et du 03/07/2020 au 12/07/2020. Pour couvrir ces prestations d'injections, je vous ai remis une seule prescription médicale, datée du 26/09/2019, du Dr I. Vous me faites remarquer que des prescriptions médicales ne vous ont pas été remises. Je me souviens lui avoir fait des IM de PIROXICAM. Les prescriptions médicales sont certainement restées à la société de tarification. Je vais les redemander. Je m'engage à vous les envoyer par mail endéans les 15 jours.*

(...) »

Lors de sa 2ème audition en date du 09/09/2022, la prestataire n'a émis aucune remarque au sujet de ce grief, ni de cette assurée.

Le 27/06/2024, il a été demandé des moyens de défense à Mme A.

Aucun moyen de défense n'est parvenu au Service.

Compte tenu de ce qui précède, le cinquième grief de prestations non conformes relatif à l'absence de prescription est établi.

## **2.2. Sur l'indu**

Les griefs reprochés à Mme A. au terme du procès-verbal de constat d'infractions du 29/06/2022, notifié le 30/06/2022, ont entraîné des débours indus dans le chef de l'assurance obligatoire soins de santé pour un montant de 35.008,70 euros.

Ces griefs étant fondés suivant l'analyse exposée ci-dessus, il y a lieu d'ordonner que Madame A. soit condamnée à rembourser la valeur des prestations indues s'élevant à 35.008,70 euros (Loi SSI, art. 142, §1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup> et 2<sup>o</sup>).

Madame A. a procédé à des remboursements d'un montant total de 4.400 euros, par des versements de 200 euros en date des 9/01/2023, 13/02/2023, 09/03/2023, 11/04/2023, 10/05/2023, 12/06/2023, 10/07/2023, 10/08/2023, 11/09/2023, 10/10/2023, 13/11/2023, 11/12/2023, 10/01/2024, 12/02/2024, 11/03/2024, 10/04/2024, 13/05/2024, 11/06/2024, 10/07/2024, 12/08/2024, 09/09/2024 et 11/10/2024.

Il y a donc lieu de constater que **l'indu résiduel restant à payer s'élève à 30.608,70 euros.**

## **2.3. Sur 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> de la même loi, c'est-à-dire :

- Pour les prestations non effectuées : le remboursement de la valeur des prestations indument attestées à charge de l'assurance soins de santé et une amende administrative comprise entre 50 % et 200 % du montant de la valeur des prestations concernées.
- Pour les prestations non conformes (griefs 2 à 5) : le remboursement de la valeur des prestations indument 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 sont comprises entre le 1/07/2019 et le 30/04/2021 ont été introduites auprès des organismes assureurs du 04/07/2019 au 3/05/2021.

Le Service d'évaluation et de contrôle médicaux estime nécessaire de prononcer une amende administrative à charge de Mme 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 soins<sup>1</sup>.

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

Compte tenu du faible nombre de prestations non effectuées attestées par Madame A. (198 prestations pour 1 assuré), du montant de l'indu en cause (823,39 euros), de la durée de la période infractionnelle (22 mois suivant les dates d'introduction à l'organisme assureur, à savoir du 01/07/2019 au 05/03/2021), de l'expérience de Mme A. (diplômée aide-soignante en 1980 ; diplômée infirmière depuis 2004), il paraît justifié de prononcer à l'encontre de Mme A. au titre du grief de prestations non effectuées une amende administrative de 50% du montant indu à rembourser (LC 14/07/1994, art. 142, §1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup>), soit 411,70 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.

Il convient de tenir compte, non seulement des éléments rappelés ci-dessus, mais aussi, d'une part, de l'absence d'antécédent dans le chef de l'intéressée dans les trois ans précédant la présente décision, d'autre part, du remboursement partiel de l'indu effectué, et enfin, du fait que Mme A. exerce depuis juillet 2023 exclusivement comme infirmière salariée.

Cela justifie que la sanction soit assortie d'une mesure de sursis partiel, la sanction effective devant rappeler à l'intéressée l'importance 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.

Il est dès lors justifié de prononcer, dans le chef de Mme A. **au titre du grief de prestations non effectuées, une amende administrative de 50%** du montant des prestations induit attestées à charge de l'assurance obligatoire soins de santé (LC 14.07.1994, art. 142, §1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup>), soit 411,70 euros **dont la moitié en amende effective (soit 205,85 euros)** et l'autre moitié en amende assortie d'un sursis d'une durée de 3 ans (soit 205,85 euros).

Concernant **l'attestation de prestations non conformes**, le législateur a encadré de manière très précise l'évaluation de l'état de dépendance physique d'un patient ou encore les conditions pour pouvoir facturer à l'assurance obligatoire soins de santé une

---

<sup>1</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

toilette complète, afin d'éviter les abus qui pourraient découler d'une appréciation souple et extensive des conditions fixées par la Nomenclature.

Les règles de la Nomenclature des prestations de santé sont de stricte interprétation et doivent être appliquées rigoureusement<sup>2</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>3</sup>.

Le respect de la réglementation telle celle relative à l'évaluation de l'état de dépendance physique d'un patient ou celle relative aux conditions pour pouvoir attester une toilette complète est un fondement de ce rapport de confiance, puisque ces normes sont clairement et expressément énoncées dans la Nomenclature des prestations de santé.

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 notamment pas les règles relatives à l'évaluation de l'état de dépendance physique des assurés ou celles relatives aux toilettes, Mme 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. (plus de 15 ans comme infirmière au moment des faits), du nombre de prestations en cause (1.801 prestations), de la durée de la période infractionnelle (environ 25 mois selon les dates de prestations, à savoir du 1/07/2019 au 30/04/2021 et dont la facturation a été reçue par les organismes assureurs entre le 4/07/2019 et le 3/05/2021) et du montant de l'indu (24.046,35 euros **pour les griefs 2 et 4**), il est justifié de prononcer à l'encontre de Mme A., au titre des griefs n°2 et 4 de prestations non conformes **une amende administrative de 25%** du montant à rembourser (LC, 14/07/1994, art. 142, §1<sup>er</sup>, 2<sup>o</sup>) **soit une amende effective d'un montant de 6.011,59 euros.**

---

<sup>2</sup> Cass. 20/11/2017, C.15.02132.N.

<sup>3</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

**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 cinq griefs reprochés à Madame A. ;
- Condamne Madame A. à rembourser la valeur des prestations indues s'élevant à 35.008,70 euros (Loi SSI, art. 142, §1<sup>er</sup>, 1° et 2°) ;
- Constate qu'une somme de 4.400 euros a été remboursée par Mme A. et que l'indu résiduel s'élève à **30.608,70 euros** ;
- Condamne Madame A. à payer une amende administrative au titre des prestations non effectuées (grief n°1) à hauteur de 50% du montant des prestations indument attestées à charge de l'assurance obligatoire soins de santé (Loi SSI, art. 142, §1, 1°), soit 411,70 euros, dont la moitié est assortie d'un sursis d'une durée de 3 ans, soit une amende effective de **205,85 euros** et une amende assortie d'un sursis de 3 ans d'un montant de 205,85 euros.
- Condamne Madame A. à payer une amende administrative au titre des prestations non conformes (griefs n°2 et 4) à hauteur de 25% du montant des prestations indument attestées à charge de l'assurance obligatoire soins de santé (Loi SSI, art. 142, §1, 2°), soit une amende effective d'un montant de **6.011,59 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 (voir date de la signature).

Le Fonctionnaire-dirigeant,