

**DECISION DE LA CHAMBRE DE PREMIERE INSTANCE DU 11/09/2025**

**Numéro de rôle FA-013-24**

EN CAUSE DE :    **SERVICE D'EVALUATION ET DE CONTRÔLE MEDICAUX**,  
institué au sein de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité,  
établi à 1210 Bruxelles, avenue Galilée 5/01,  
N° BCE : 0206.653.946 ;

Représenté par le Docteur D., médecin-inspecteur-directeur, et par  
Madame E., juriste ;

Partie requérante ;

CONTRE :        **A.**  
**Infirmière graduée et assimilée**  
**N° INAMI : ...**

**SRL B.**  
**BCE : ...**

Comparaissant en personne, assistée de Maître C.,

Parties défenderesses.

## I. PROCEDURE

La Chambre de première instance a pris en compte dans son délibéré les pièces inventoriées du dossier de la procédure, et notamment :

- la requête du Service d'évaluation et de contrôle médicaux (ci-après le SECM), reçue au greffe de la Chambre de Première Instance le 18 juillet 2024 et notifiée aux parties le 19 juillet 2024 ;
- la note de synthèse et le dossier du SECM ;
- les conclusions et conclusions de synthèse des défenderesses ;
- les conclusions en réplique du SECM ;
- les différentes convocations en vue de l'audience du 12 juin 2025.

Les parties ont comparu à l'audience du 12 juin 2025, audience à laquelle les débats ont été clos et le dossier pris en délibéré.

Il a été fait application de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 (ci-après loi ASSI) et de l'arrêté royal du 9 mai 2008 fixant les règles de fonctionnement et le règlement de procédure des chambres de première instance et de recours.

## II. OBJET DE LA DEMANDE

En termes de requête, le SECM demande à la Chambre de première instance de :

- Déclarer établis les griefs formulés pour tous les cas cités dans la note de synthèse ;
- Condamner solidairement Madame A. et la SRL B. au remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé, soit la somme de 39.676,96 euros (Loi SSI, art. 142, §1er, 1° et 2°, et art. 164, al. 2) ;
- Condamner Madame A. au paiement d'une amende administrative s'élevant à 150% du montant de la valeur des prestations indues, soit la somme de 5.832,3 euros (article 142, §1er, 1° de la loi SSI), dont 2/3 en amende effective (soit 3.888,2 euros) et 1/3 en amende assortie d'un sursis d'une durée de 3 ans (soit 1.944,1 euros) ;
- Condamner Madame A. au paiement d'une amende administrative s'élevant à 100% du montant de la valeur des prestations indues, soit la somme de 35.788,76 euros (article 142, §1er, 2° de la loi SSI), dont la moitié en amende effective (soit 17.894,38 euros) et l'autre moitié en amende assortie d'un sursis d'une durée de 3 ans (soit 17.894,38 euros) ;
- Dire qu'à défaut de paiement des sommes dues dans les 30 jours de la notification de la décision de la Chambre de première instance, des intérêts au taux légal en matière sociale, tel que prévu à l'article 156, §1er de la loi SSI, seront dus, de plein droit, à compter de l'expiration du délai précité.

### III. LA DEMANDE DE MADAME A. ET DE LA SRL B.

En termes de conclusions de synthèse, Madame A. demande à la CPI de

- Dire les premier et troisième griefs non établis ;
- En conséquence, dire la demande de condamnation solidaire de Mme A. et la SRL B. au remboursement de la valeur des prestations indûment portées en compte de l'assurance soins de santé non fondée ;
- Dire qu'il n'y a pas lieu d'infliger une amende administrative ;
- A titre subsidiaire, plafonner l'amende à 5% de la valeur des prestations indues, assortie d'un sursis pour la totalité de l'amende ;
- Délaisser les dépens au SECM.

### IV. SYNTHESE DES FAITS

Madame A. est infirmière bachelière, diplômée depuis 2011 et spécialisée en santé mentale depuis 2013<sup>1</sup>.

Elle a travaillé à l'hôpital de ... en psychiatrie et en date du 11/03/2014, elle a ouvert sa société de soins infirmiers à domicile, B. (BCE ...).

En 2018, avec son mari (Monsieur F.), ils ont ouvert un centre d'hébergement psychiatrique, G. (BCE ...).

Concernant la SRL B., son mari, Monsieur F., et elle sont co-gérants depuis le 11/03/2014. Madame A. est rémunérée pour cette fonction de gérante. En date du 14/01/2022, la SRL «G.» (BCE ...) devient administrateur de la SRL B., avec, pour représentant permanent, Monsieur F. Madame A. est toujours gérante de la SRL B.

Concernant la SRL G., Madame A. et Monsieur F. sont gérants non rémunérés depuis le 02/01/2018.

Madame A. travaille comme indépendante à titre principal depuis le 07/01/2014.

Elle est conventionnée depuis le 07/01/2014.

La SRL B. est une société à responsabilité limitée, active dans les activités des praticiens de l'art infirmier au domicile des assurés.

Elle emploie, lors de la période contrôlée :

- H. – en qualité d'infirmière, temps plein, CDI
- I. – en qualité d'infirmière, temps plein, CDI
- J. – en qualité d'infirmière, temps plein, CDI
- K. – en qualité d'infirmière, temps plein, CDI
- L. – en qualité d'aide-soignante, mi-temps, CDI.

---

<sup>1</sup> En date de sa première audition (le 17/09/2021), elle a entamé une licence en sciences infirmières à ....

La SRL B. pratique le tiers payant chez tous les assurés. Elle (numéro de groupement : ...) a fait une déclaration d'équipe structurelle, à compter du 01/12/2016, auprès du Service des soins de santé de l'INAMI, comme prévu à l'article 8, §12 de la NPS (prestations de soins infirmiers effectuées par un aide-soignant).

Le travail est divisé en 3 tournées : 2 tournées infirmières avec une vingtaine de patients et 1 tournée aide-soignante avec une dizaine de patients.

Les horaires de tournée :

- 1) Tournée de soins infirmiers de 7 h jusqu'à 12 h 30-14 h, +/- 20 patients.
- 2) Tournée de soins infirmiers de 12 h 30-14 h, +/- 20 patients.
- 3) Tournée AS (aide-soignant) de 8 h à 12 h mais seulement 5 jours/semaine, +/- 10 patients.

La tournée pour les 2èmes passages débute vers 17 h 30 et dure pendant une à deux heures maximum. Elle est effectuée par les infirmières.

Pour B., Madame A., outre son aide en qualité de « renfort » pour les soins infirmiers, organise la gestion des plannings. C'est elle exclusivement qui organise les tournées et la répartition des patients. Elle s'occupe également de l'envoi de la facturation via MyCareNet. Elle gère également l'accueil des nouveaux patients ainsi que les échelles de Katz.

Madame A. encode donc, dans son programme de facturation AllSoft, les soins qu'elle réalise au domicile des assurés mais également ceux que Mesdames I., H., K., J. et L. réalisent au domicile des assurés. Madame A. les envoie via MyCareNet avec son numéro INAMI (...) comme numéro de tiers payant.

Les organismes assureurs versent l'argent des soins réalisés au domicile des assurés par Madame A. et ses employées sur le n° de compte bancaire BE.... Il s'agit du numéro de compte de la société B.

Les volumes d'activités (mis à jour au 28.06.2024) se situent en pages 4 à 6 de la note de synthèse à la fois pour la SRL B. et pour Madame A.

Sur le numéro INAMI de Mme A., on retrouve deux numéros INAMI :

- ... : numéro INAMI de Monsieur F., l'époux de Madame A. Il s'agit alors des prestations de soins infirmiers réalisées par Madame A. au sein de la résidence « G. » et attestées à l'ASSI via le numéro tiers payant ...
- ... : il s'agit du numéro INAMI de Madame A. Elle utilise son numéro INAMI prestataire comme numéro de tiers payant pour attester ses prestations réalisées à domicile ainsi que les prestations infirmières réalisées par les infirmières employées par la SRL B.

Les détails des encodages et prestations se trouvent pages 6 à 41 de la note de synthèse.

Un PVC a été adressé à Madame A., avec copie à la SRL B., vu que Madame A. signe la facturation avec son numéro INAMI (...) comme numéro tiers payant. Elle atteste et envoie la facturation pour les prestations réalisées au domicile des patients, tant ses prestations à elle que les prestations de Mesdames I., H., K., et J.

Madame A., dans son audition du 17/09/2021, confirme s'occuper de l'organisation des tournées, de la répartition des assurés, de « l'accueil » de nouveaux assurés, de l'encodage des soins dans son logiciel AllSoft, de l'envoi de la facturation via MyCareNet, des échelles de Katz<sup>2</sup>.

Dans son audition du 23/06/2022, Madame A. confirme que c'est toujours elle qui organise les tournées de ses employées, encode dans le logiciel AllSoft les soins réalisés par ses employées, signe et envoie la facturation des soins infirmiers via MyCareNet, encode les échelles de Katz<sup>3</sup>.

## V. REMARQUES GENERALES

En remarque préliminaire, Madame A. invoque divers éléments d'ordre général.

Le PVC a été établi sur base des déclarations des travailleuses, des patients et de leur entourage. Or, vu l'écoulement du temps celles-ci ne seraient pas fiables.

A cet argument, il est répondu que la législation permet au SECM de vérifier le respect des dispositions avec un effet rétroactif de deux ans, reconnaissant par là que ce délai ne vicie pas la fiabilité des déclarations.

Par ailleurs, il convient de rappeler que nous nous trouvons dans un système de preuve libre, en telle sorte que la CPI apprécie librement la valeur des témoignages reçus.

Le second élément consiste à dire que l'instruction serait « biaisée » car les patients ont tendance à surestimer leur autonomie.

Il aurait fallu interroger leur entourage.

Cette remarque n'est pas pertinente. Certes, des patients peuvent surestimer leur degré d'indépendance. Mais ce n'est pas la généralité et l'entourage a été entendu dans la mesure du possible.

Ajoutons que l'enquête s'est basée également sur l'audition des infirmières qui les soignaient et qui ont les compétences requises pour apprécier leur degré de dépendance...sauf à dire que les infirmières interrogées, qui à première vue travaillent toujours pour B., sont « incapables ».

## VI. ANALYSE DES GRIEFS

### **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.

<sup>2</sup> Source : audition de Madame A. du 17/09/2021, document EDOS ...

<sup>3</sup> Source : audition de Madame A. du 23/06/2022, document EDOS ...

## Dispositions applicables - Nomenclature des prestations de santé (NPS)

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

*"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, 10, 20, 30 et 30bis requièrent la qualification d'infirmier gradué ou assimilé, d'accoucheuse ou d'infirmier breveté."*

*"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."*

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

*[...]*

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

*" 425272 Honoraires forfaitaires, dits forfait A, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants: W 3,825 "*

*- 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)*

*[...]*

*"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.*

*[...]*

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

*" 425670 Honoraires forfaitaires, dits forfait A, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants:*

*- dépendance pour le critère se laver et le critère s'habiller (score 3 ou 4), et*

*- dépendance pour le critère transfert et déplacements et/ou le critère aller à la toilette (score 3 ou 4) W 5,710*

*[...]*

*"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) 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;"*

## Décision de la CPI

Les faits reprochés visent les prestations suivantes

N° code	Libellé	Lettre-clé et coefficient	Date d'entrée en vigueur
425014	Première prestation de base de la journée de soins	W 0,879	01/06/1997
425110	Soins d'hygiène (toilettes)	W1,167	01/10/2005
425272	Honoraires forfaitaires, dits forfait A, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants: - dépendance pour le critère se laver et le critère s'habiller (score 3 ou 4), et - dépendance pour le critère transfert et déplacements et/ou le critère aller à la toilette (score 3 ou 4)	W 3,825	01/10/2005
425670	Honoraires forfaitaires, dits forfait A, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants: - dépendance pour le critère se laver et le critère s'habiller (score 3 ou 4), et - dépendance pour le critère transfert et déplacements et/ou le critère aller à la toilette (score 3 ou 4)	W 5,71	01/01/2005

Ils visent deux patients.

Madame A. prétend que si les toilettes ont été attestées, c'est qu'elles ont été réalisées !

Toutefois, l'absence des prestations est établie par les données fournies par les OA, les déclarations des collaborateurs de Madame A. et les proches des assurés voire des assurés eux-mêmes.

Le 1<sup>er</sup> grief est établi.

### **Grief 2 – prestations non-conformes – forfait attesté sans toilette réalisée**

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 et/ou lorsque des prestations visées à l'article 34 de cette même loi ont été prescrites durant une période d'interdiction temporaire ou définitive d'exercice de la profession.

Infraction visée à l'art 73bis, 2° de la loi ASSI coordonnée le 14 juillet 1994.

### Dispositions applicables - Nomenclature des prestations de santé (NPS)

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

*"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, 10, 20, 30 et 30bis 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.*

*[...]*

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

*" 425272 Honoraires forfaitaires, dits forfait A, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants: W 3,825 "*

*- 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)*

*[...]*

*"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.*

*[...]*

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

*" 425670 Honoraires forfaitaires, dits forfait A, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants:*

*- dépendance pour le critère se laver et le critère s'habiller (score 3 ou 4), et*

*- dépendance pour le critère transfert et déplacements et/ou le critère aller à la toilette (score 3 ou 4) W 5,710*

*[...]*

*"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) 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;"*

*[...] »*

### Décision de la CPI

Les faits reprochés visent les prestations suivantes :



N° code	Libellé	Lettre-clé et coefficient	Date d'entrée en vigueur
425272	Honoraires forfaitaires, dits forfait A, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants: - dépendance pour le critère se laver et le critère s'habiller (score 3 ou 4), et - dépendance pour le critère transfert et déplacements et/ou le critère aller à la toilette (score 3 ou 4)	W 3,825	01/10/2005
425670	Honoraires forfaitaires, dits forfait A, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants: - dépendance pour le critère se laver et le critère s'habiller (score 3 ou 4), et - dépendance pour le critère transfert et déplacements et/ou le critère aller à la toilette (score 3 ou 4)	W 5,71	01/01/2005

Selon le SECM, les faits sont relatifs à une seule assurée pour laquelle la toilette n'était pas réalisée alors que la toilette est une condition de reconnaissance des honoraires forfaitaires A - B - C.

La réalité de ce grief est établie via les données authentifiées des organismes assureurs, la déclaration de Madame I., collaboratrice de Madame A. et l'analyse du dossier infirmier.

Madame I. déclare

*« Je prends sa tension, je donne son traitement de midi. Je surveille les selles (elle a du movicol tous les midis). Je lui lave les cheveux 1x/semaine. Je ne lave pas cette patiente.*

*Je ne pense pas que mes collègues effectuent une toilette chez cette dame. Il y a eu un pansement au talon, un petit érythème, qui est terminé. »*

Madame A. déclare qu'il lui est arrivé d'aller chez cette patiente, le dimanche, mais ne déclare pas l'avoir lavée.

La grief n°2 est établi. Il n'est d'ailleurs pas contesté en termes de conclusions.

### **Grief 3 – prestations non-conformes – surévaluation de l'échelle de Katz**

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 et/ou lorsque des prestations visées à l'article 34 de cette même loi ont été prescrites durant une période d'interdiction temporaire ou définitive d'exercice de la profession.

Infraction visée à l'art 73bis, 2° de la loi ASSI coordonnée le 14 juillet 1994.

### **Dispositions applicables - Nomenclature des prestations de santé (NPS)**

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

"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, 10, 20, 30 et 30bis requièrent la qualification d'infirmier gradué ou assimilé, d'accoucheuse ou d'infirmier breveté."

"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."

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

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

" 425272 Honoraires forfaitaires, dits forfait A, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants: W 3,825 "

- 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)

" 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: W 7,371 "

- 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)

" 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)

[...]

"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."

" 425515 Soins d'hygiène (toilettes) W 1,754 " [...]

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

" 425670 Honoraires forfaitaires, dits **forfait A**, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants:

- dépendance pour le critère se laver et le critère s'habiller (score 3 ou 4), et
- dépendance pour le critère transfert et déplacements et/ou le critère aller à la toilette (score 3 ou 4) W 5,710

425692 Honoraires forfaitaires, dits **forfait B**, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants:

- dépendance pour le critère se laver et le critère s'habiller (score 3 ou 4), et
- dépendance pour le critère transfert et déplacements et le critère aller à la toilette (score 3 ou 4), et
- dépendance pour le critère continence et/ou pour le critère manger (score 3 ou 4)

W

10,944 "

" 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 "

[...]

"§ 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°:"

"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)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."

c)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."

"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"

"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

"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°;"

"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;"

"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.

[...]

"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) 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;"

"b) le praticien de l'art infirmier tient un dossier qui correspond aux dispositions du § 4, 2°;"

"c) pour chaque forfait attesté, plusieurs des pseudo-codes suivants, correspondants aux prestations effectuées pendant la journée de soins doivent être mentionnés complémentirement au numéro de code de la nomenclature du forfait :"

### Décision de la CPI

Selon le SECM, les faits mentionnés dans ce grief sont établis par les données authentifiées par les organismes assureurs, les déclarations des collaborateurs de Mme A. (Mme J., Mme K., Mme L., Mme H.) et les déclarations des assurés ou de leurs proches.

Madame A. conteste le grief.

Les prestations en cause :

N° code	Libellé	Lettre-clé et coefficient	Date d'entrée en vigueur
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	01/06/1997
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	01/06/1997
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	01/07/1999
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	01/07/1999
425272	Honoraires forfaitaires, dits forfait A, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants: - dépendance pour le critère se laver et le critère s'habiller (score 3 ou 4), et - dépendance pour le critère transfert et déplacements et/ou le critère aller à la toilette (score 3 ou 4)	W 3,825	01/10/2005
425670	Honoraires forfaitaires, dits forfait A, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants: - dépendance pour le critère se laver et le critère s'habiller (score 3 ou 4), et - dépendance pour le critère transfert et déplacements et/ou le critère aller à la toilette (score 3 ou 4)	W 5,71	01/01/2005

Il s'agit de prestations de soins jugées non conformes pour sept assurés dans le cadre de l'enquête. Les échelles de Katz enregistrées pour sept assurés ne correspondent pas à l'état de dépendance des assurés ; elles auraient été surévaluées.

Les prestations à grief sont :

- 425272 : Honoraires forfaitaires, dits forfait A (en semaine)
- 425294 : Honoraires forfaitaires, dits forfait B (en semaine)
- 425316 : Honoraires forfaitaires, dits forfait C (en semaine)
- 425670 : Honoraires forfaitaires, dits forfait A (WE et jours fériés)
- 425692 : Honoraires forfaitaires, dits forfait B (WE et jours fériés)
- 425714 : Honoraires forfaitaires, dits forfait C (WE et jours fériés)

### **Assuré 1 : NRN ...**

Dans le cas de cet assuré, des honoraires forfaitaires C (425316 et 425714) et B (425294 et 425692) ont été attestés.

Sur base des déclarations de Mesdames J., K., I. et H. ainsi que de l'assuré lui-même<sup>4</sup> et on peut retenir les cotations suivantes

- se laver :4
  - s'habiller :4
  - se déplacer :3
  - aller à la toilette :2
  - continence :4
  - manger :1, voire 2
- Soit le forfait A

Il ressort de ces déclarations que l'assuré n'avait pas besoin d'aide pour manger sauf préparation des repas (1 ou 2). Il avait besoin d'une aide ponctuelle pour se lever et se déplacer (3) et aller à la toilette (2). Pour l'incontinence et se laver les cotations de 4 sont retenues.

### **Assurée 2 : NRN ...**

Des honoraires forfaitaires B (425294 et 425692) ont été attestés.

Sur base des déclarations de mesdames J., K. et H. et du mari de l'assurée<sup>5</sup>, on peut retenir les cotations suivantes

- se laver :4
  - s'habiller :4
  - se déplacer :1
  - aller à la toilette :1
  - continence :2
  - manger :1, voire 2
- Soit le forfait A

Il ressort des déclarations que si l'assurée avait besoin d'une aide complète pour se laver et s'habiller, elle se rendait seule aux toilettes avec une aide ponctuelle, savait se déplacer seule mais pas longtemps et souffrait parfois de pertes d'équilibre, avait de temps à autre un problème de continence et mangeait seule.

---

<sup>4</sup> Pages 66 et 67 de la note de synthèse

<sup>5</sup> Pages 68 et 69 de la note de synthèse

**Assurée 3 : NRN ...**

Des honoraires forfaitaires C (425316 et 425714) ont été attestés.

Sur base des déclarations de mesdames J., K., I. et H. et de la fille de l'assurée<sup>6</sup>, on peut retenir les cotations suivantes

- se laver :4
  - s'habiller :4
  - se déplacer :3
  - aller à la toilette :4
  - continence :3
  - manger :1, voire 2
- Soit le forfait B

Il ressort des déclarations que l'assurée connaît de gros soucis de santé mais mange seule, une fois son repas préparé, se déplace difficilement mais avec l'aide d'un gadot, connaît des problèmes d'incontinence, sans l'être totalement.

**Assurée 4 : NRN ...**

Des honoraires forfaitaires A ont été attestés.

Sur base des déclarations de mesdames I. et H. et de l'assurée<sup>7</sup>, on peut retenir les cotations suivantes

- se déplacer :1
  - aller à la toilette :1
- Soit aucun forfait

Il ressort des déclarations que l'assurée n'a pas besoin d'aide, à domicile, pour se lever du lit et/ou du fauteuil, se déplacer avec une béquille et elle a toujours été totalement autonome pour aller aux toilettes (s'habiller – s'y rendre – s'essuyer).

Or, pour correspondre à un forfait A, l'assurée aurait dû avoir un score de 3 ou 4 pour les critères « se déplacer » et/ou « aller à la toilette ».

**Assurée 5 : NRN ...**

Des honoraires forfaitaires A (425272 et 425670) ont été attestés.

Sur base des déclarations de mesdames J. et I. et de l'assurée<sup>8</sup>, on peut retenir les cotations suivantes

- se déplacer :1
  - aller à la toilette :1
- Soit aucun forfait.

Selon ces déclarations, l'assurée n'avait pas besoin d'aide, à domicile, pour se lever du lit et/ou du fauteuil, elle se déplaçait avec une canne et elle a toujours été totalement autonome pour aller aux toilettes (s'habiller – s'y rendre – s'essuyer). Or, au vu de cela, l'état de dépendance de l'assurée correspondait alors à des soins d'hygiène avec les prestations de base qui s'y rapportent.

---

<sup>6</sup> Pages 69 à 72 de la note de synthèse

<sup>7</sup> Pages 72 à 75 de la note de synthèse

<sup>8</sup> Pages 75 et 76 de la note de synthèse

### **Assurée 6 : NRN ...**

Des honoraires forfaitaires A (425272 et 425670) ont été attestés.

Sur base des déclarations de mesdames K. et I. et de l'assurée<sup>9</sup>, on peut retenir les cotations suivantes

- se laver :4
  - s'habiller :4
  - se déplacer :1 ou 2
  - aller à la toilette :1
  - continence :1
  - manger :1, voire 2
- Soit le forfait de base.

Selon les éléments recueillis lors de l'enquête, cette assurée ne correspondait pas à ce type de forfait. Elle n'avait pas besoin de l'aide d'un tiers pour se lever du lit et/ou du fauteuil, ni d'aide pour aller aux toilettes. Le score de l'échelle de Katz remplie est de 1 ou 2 (l'aide mécanique = canne, béquille, gadot) pour le critère « se déplacer » (l'assurée se déplace seule voire avec une canne ou une béquille et elle n'a pas besoin d'aide pour se lever du lit et/ou du fauteuil), 1 pour le critère « aller aux toilettes » (l'assurée est capable de se rendre seule aux toilettes, de se déshabiller et de s'essuyer seule), 1 pour le critère de la continence (l'assurée est continente), 1 pour le critère « manger », l'état de dépendance de l'assurée correspondait alors à des soins d'hygiène avec les prestations de base qui s'y rapportent.

### **Assurée 7 : NRN ...**

Des honoraires forfaitaires B (425294 et 425692) ont été attestés du 01/08/2021 au 30/11/2021 (dates de prestation).

Sur base des déclarations de mesdames J., K. et H. et de la fille de l'assurée<sup>10</sup>, on peut retenir les cotations suivantes

- se laver :4
  - s'habiller :4
  - se déplacer :2
  - aller à la toilette :1
  - continence :peu importe
  - manger :1
- Soit le forfait de base

Cependant, à partir des éléments recueillis lors de l'enquête, cette assurée ne correspondait pas à ce type de forfait à ce moment-là. En effet, l'assurée se déplaçait alors avec un gadot, sans aide pour se lever du lit et/ou du fauteuil et allait seule aux toilettes (sans souci pour se déshabiller et s'essuyer). Lorsqu'une échelle de Katz est remplie avec des scores de 4 pour le critère « se laver », 4 pour le critère « s'habiller », 2 pour le critère « se déplacer », 1 pour le critère « aller aux toilettes », 1 – 2 – 3 – 4 pour le critère de la continence (en effet, dans ce cas de figure, la continence n'influence pas le forfait), 1 pour le critère « manger », l'état de dépendance de l'assurée correspond alors à des soins d'hygiène, avec la prestation de base qui s'y rapporte.

<sup>9</sup> Pages 77 à 79 de la note de synthèse

<sup>10</sup> Pages 69 à 72 de la note de synthèse



## **Conclusions**

Les griefs sont établis tels que repris dans la requête.

Les arguments peu développés par Madame A. ne sont pas pertinents par rapports aux déclarations claires, précises et concordantes des infirmières qui côtoyaient régulièrement les assurés. Madame A. se limite à dire que le SECM et les infirmières ont minimisé le degré d'autonomie, sans toutefois apporter le moindre élément de preuve en ce sens.

Il concerne 7 assurés pour 1.639 prestations, pour la période de prestations du 16/01/2020 au 30/11/2021 et d'introduction à l'OA du 19/02/2020 au 06/12/2021, à concurrence d'un indu différentiel de 34.020,74 €.

### **Grief 4 – 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 et/ou lorsque des prestations visées à l'article 34 de cette même loi ont été prescrites durant une période d'interdiction temporaire ou définitive d'exercice de la profession.

Infraction visée à l'art 73bis, 2° de la loi ASSI coordonnée le 14 juillet 1994.

Le grief vise des soins de plaie alors qu'il n'y avait pas de prescription médicale

N° code	Libellé	Lettre-clé et coefficient	Date d'entrée en vigueur
424351	Soins de plaie(s) complexes	W 1,759	01/07/2009
424513	Soins de plaie(s) complexes	W 2,562	01/07/2009
425375	Honoraires forfaitaires par journée de soins comprenant un ou plusieurs des actes techniques spécifiques suivants : - mise en place et/ou surveillance des perfusions (intraveineuses ou sous-cutanées); - administration et/ou surveillance de l'alimentation parentérale;	W 8,934	01/06/1997
425773	Honoraires forfaitaires par journée de soins comprenant un ou plusieurs des actes techniques spécifiques suivants : - mise en place et/ou surveillance des perfusions (intraveineuses ou sous-cutanées); - administration et/ou surveillance de l'alimentation parentérale;	W 13,401	01/06/1997

### **Dispositions applicables - Nomenclature des prestations de santé (NPS)**

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

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

*"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 12.9.2001" (en vigueur 1.10.2001) + "A.R. 22.11.2013" (en vigueur 1.1.2014) + "A.R. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014)*

"Art. 8. § 1er. Les prestations suivantes sont considérées comme des prestations qui requièrent la qualification d'infirmier gradué ou assimilé, d'accoucheuse, d'infirmier breveté, d'hospitalier/assistant en soins hospitaliers ou assimilé, appelés ci-après praticiens de l'art infirmier (W).

Toutefois, les prestations techniques spécifiques de soins infirmiers, visés sous rubrique III du § 1er, 10, 20, 30 et 30bis requièrent la qualification d'infirmier gradué ou assimilé, d'accoucheuse ou d'infirmier breveté."

"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."

[...]

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

[...]

"III. Prestations techniques spécifiques de soins infirmiers."

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

- mise en place et/ou surveillance des perfusions (intraveineuses ou sous-cutanées);

- administration et/ou surveillance de l'alimentation parentérale; W 8,934 "

[...]

"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."

[...]

" 424513 Soins de plaie(s) complexes W 2,562 "

[...]

"III. Prestations techniques spécifiques de soins infirmiers."

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

"A.R. 24.4.2012" (en vigueur 1.7.2012) "

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

- mise en place et/ou surveillance des perfusions (intraveineuses ou sous-cutanées);

- administration et/ou surveillance de l'alimentation parentérale; W 13,401 "

[...]

"§ 2. Précisions relatives à la prescription :

"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R.10.1.2021" (en vigueur 1.4.2021)

"Les prestations suivantes ne sont remboursées que si elles ont été prescrites par le praticien ayant le patient en traitement, soit par un médecin dans le cadre de la médecine générale ou spécialisée, soit par un dentiste dans le cadre des soins dentaires, soit par un autre praticien dans la limite de ses compétences."

- les prestations techniques de soins infirmiers visées à la rubrique I, B du § 1er, 1°, 2°, 3°, 3°bis et 4°, à l'exception des prestations 425110, 425515, 425913, 427755, 424395, 424690, 427991, 424852 et 424874. Les prestations 424255, 424410, 424550, 427836 et 424712 ne doivent pas être prescrites, mais ne sont attestables que durant la période pendant laquelle les soins de plaie par pansement bioactif ont été prescrits.

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

[...]

*"Les prestations techniques de soins infirmiers visées à la rubrique I, B du § 1er, 1°, 2°, 3°, 3°bis et 4° et les prestations techniques spécifiques de soins infirmiers visées à la rubrique III du § 1er, 1°, 2°, 3° et 3°bis peuvent être exécutées en cas d'urgence sur base d'une prescription formulée oralement, communiquée par téléphone, par radiophonie ou par webcam par le praticien visé à l'alinéa 1er. Le praticien confirme la prescription par écrit dans les meilleurs délais et au plus tard après 5 jours calendrier qui suivent la prescription formulée oralement ci-dessus. "*

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

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

*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."
- [...] »

### Décision de la CPI

Lors de l'enquête, il apparaît que des prestations de soins non conformes pour quatre assurés avaient été portées en compte à l'assurance soins de santé.

Des prestations de type «soins de plaie(s) complexes» et «honoraires forfaitaires par journée de soins comprenant un ou plusieurs des actes techniques spécifiques suivants :

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

ont été portées en compte à l'ASSI alors qu'il n'y a pas de prescription médicale relative aux soins attestés.

Ces faits ne sont pas contestés.

### VII. LA DEMANDE DE TITRE EXÉCUTOIRE

Le SECM introduit une demande de récupération tendant à la condamnation de Madame A. et de la SRL B. au remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé, soit la somme de 39.676,96€ (article 142, §1er, 2°, de la loi SSI) sous déduction de la somme de 1.768,02€ déjà remboursée.

Le grief étant établi, il convient de faire droit à cette demande.

## VIII. LES INTÉRÊTS

L'article 156, §1er alinéa 2 de la loi SSI (tel que modifié par l'article 26, 1°, de la loi du 17 juillet 2015 portant des dispositions diverses en matière de santé, M.B. du 17 août 2015) dispose que :

*« § 1er. Les décisions du fonctionnaire dirigeant du Service d'évaluation et de contrôle médicaux ou du fonctionnaire désigné par lui, visées à l'article 143, les décisions des Chambres de première instance visées à l'article 142, et les décisions des Chambres de recours, visées aux articles 142 et 155, sont exécutoires de plein droit par provision, nonobstant tout recours. Des délais de paiement peuvent être accordés uniquement sur la base d'une demande motivée et appuyée par toute pièce utile permettant d'en apprécier le bien-fondé. Les sommes dues sont payées dans les trente jours de la notification des décisions visées à l'alinéa 1er. A défaut de paiement dans ce délai, les sommes restant dues produisent, de plein droit, des intérêts au taux d'intérêt légal en matière sociale, tel que prévu à l'article 2, § 3, de la loi du 5 mai 1865 relative au prêt à intérêt, à compter de l'expiration de ce délai ».*

## IX. L'AMENDE ADMINISTRATIVE

Le SECM demande la condamnation de Madame A. à une amende de :

- au titre du grief n°1 (prestations non effectuées), 150% du montant de la valeur des prestations à rembourser, soit une amende d'un montant de 5.832,3 € (3.888,2 € x 150%), dont 2/3 en amende effective (soit 3.888,2 euros) et 1/3 en amende assortie d'un sursis d'une durée de 3 ans (soit 1.944,1 euros)
- au titre des griefs n°2 à 4, 100% du montant de la valeur des prestations à rembourser, soit une amende d'un montant de 35.788,76 € (35.788,76 € x 100%), dont la moitié en amende effective (soit 17.894,38 euros) et l'autre moitié en amende assortie d'un sursis d'une durée de 3 ans (soit 17.894,38 euros).

Le SECM justifie sa demande comme suit :

*« Les griefs couvrent des prestations effectuées entre le 11/08/2019 et le 30/11/2021 et introduites au remboursement auprès des organismes assureurs entre le 02/10/2019 et le 06/12/2021.*

*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.*

*En attestant des prestations qu'elle n'a pas effectuées, Mme A. a méconnu les obligations qui lui incombent en sa qualité de dispensateur de soins et n'a pas fait preuve de professionnalisme.*

Compte tenu du nombre de prestations non effectuées attestées par Madame A. (266 prestations), compte tenu de la durée de la période infractionnelle de 26 mois (période de prestations du 11/08/2019 au 26/11/2021 et dates d'introduction à l'OA du 02/10/2019 au 05/12/2021), du nombre d'assurés concernés (2 bénéficiaires), de l'expérience de Mme A. (diplômée en 2011, travaillant comme indépendante à titre principal depuis le 7 janvier 2014, soit plus de 5 ans d'expérience comme infirmière en soins à domicile au moment des faits), de la gravité des faits, et, enfin, du montant de l'indu (3.888,2 euros), il convient de prononcer une amende administrative à charge de Madame A., qui soit portée à un montant élevé, à savoir 150% de la valeur des prestations indument attestées, soit une amende d'un montant de 5.832,3 euros.

Par ailleurs, concernant l'attestation de prestations non conformes, le législateur a encadré de manière très précise, par exemple, la nécessité de se conformer aux exigences de la nomenclature notamment pour évaluer l'état de dépendance physique d'un assuré, ou relativement à la nécessité de devoir disposer d'une prescription pour pouvoir attester telle ou telle prestation, afin d'éviter les abus. »

Les règles de la Nomenclature des prestations de santé sont de stricte interprétation et doivent être appliquées rigoureusement<sup>11</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>12</sup>.

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

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

Par exemple, en surévaluant l'état de dépendance physique de certains assurés ou en attestant des prestations sans disposer d'une prescription médicale permettant de le faire, Mme A. a manqué à ses obligations réglementaires en tant que dispensateur de soins.

Dans ces conditions, au regard de ces éléments, mais aussi de l'expérience de Madame A. (diplômée en 2011, travaillant comme indépendante à titre principal depuis 2014, soit plus de 5 ans d'expérience d'infirmière en soins à domicile au moment des faits), de la longue durée de la période infractionnelle (environ 23 mois), du montant de l'indu (35.788,76 €), du nombre élevé des prestations reprochées (1.811 prestations), et de l'absence d'antécédent, il convient de prononcer une amende administrative à charge de Madame A., au titre des prestations non conformes, qui soit portée à un montant élevé (100% de la valeur des prestations indument attestées).

L'article 157, §1er de la loi ASSI coordonnée le 14/07/1994 prévoit que la Chambre de première instance 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 dans le chef de l'intéressée mais également de l'absence de remboursement volontaire. 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. »

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

<sup>12</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

Madame A. sollicite la réduction des amendes à leur minimum, en arguant l'absence d'antécédents, sa bonne collaboration et l'écoulement du délai raisonnable, mais uniquement pour solliciter la réduction de la sanction.

➤ Quant au principe de l'amende :

Le grief étant établi, l'amende administrative peut être prononcée.

En effet, l'article 142 de la loi ASSI mentionne « § 1er. Sans préjudice d'éventuelles sanctions pénales et/ou disciplinaires, les mesures suivantes sont appliquées aux dispensateurs de soins et assimilés qui ne se conforment pas aux dispositions de l'article 73 bis ».

Pour entraîner une amende, deux éléments doivent être réunis : un élément matériel et un élément moral.

L'élément matériel réside dans la transgression d'une disposition légale ou réglementaire (accomplissement de l'acte interdit ou omission de l'acte prescrit).

L'élément moral suppose que cette transgression soit commise librement et consciemment.

L'auteur d'une infraction sociale peut démontrer ne pas avoir agi librement en rapportant la preuve de l'existence d'une cause de justification : la force majeure (ou contrainte), l'état de nécessité, l'erreur ou l'ignorance invincible et l'ordre de l'autorité.

C'est ce qu'a rappelé la Cour de cassation dans un arrêt du 24 février 2014 :

*« L'existence de cet élément moral peut être déduite du simple fait matériel commis et de la constatation que ce fait est imputable au prévenu, étant entendu que l'auteur est mis hors de cause si un cas de force majeure, une erreur invincible ou une autre cause d'excuse sont établis, à tout le moins, ne sont pas dénués de crédibilité. »<sup>13</sup>*

L'erreur ou l'ignorance ne peuvent être retenues comme causes de justification que pour autant qu'elles soient invincibles, c'est-à-dire lorsqu'il peut se déduire de circonstances que l'auteur de l'infraction a agi comme l'aurait fait toute personne raisonnable et prudente<sup>14</sup>.

La complexité de la législation sociale en vigueur ne peut être considérée comme source d'erreur invincible<sup>15</sup>.

<sup>13</sup> Cass. 24 février 2014, S.2013.0031.N, Juportal

<sup>14</sup> Cass., 2ème ch., 1er octobre 2002, rôle n° P011006N, Cass., 1ère ch., 16 septembre 2005, rôle n° C040276F; C. trav. Bruxelles, 26 octobre 2010, RG n° 40.153-40.316; C. trav. Liège, sect. Liège, 21 avril 2010, RG n° 36395/09.

<sup>15</sup> C. HENNEAU et J. VERHAEGEN, Droit pénal général, Bruylant, Bruxelles, 1991, p. 338 ; Anvers, 9 octobre 1997, Chr.D.S., 1998, p. 145; C. trav. Liège, sect. Namur, 6 août 2009, RG n° 8697/08-8700/08 consultable sur juridat ; cass. 14 mai 2012, Pas. 2012, n°300. CT Liège, 08.11.2010, RG 36410/09, www.juridat.be

De plus, la simple constatation que l'auteur de l'infraction ait été mal conseillé, fût-ce par une personne qualifiée, ne suffit pas en soi pour que l'erreur soit considérée comme étant invincible ; il appartient au juge d'apprécier en fait si pareil avis a induit l'auteur de l'infraction dans un état d'erreur invincible<sup>16</sup>.

Les dispensateurs de soins sont tenus par un devoir de rigueur et de vigilance à l'égard de l'assurance soins de santé : ils doivent veiller à s'informer de la réglementation applicable à leur secteur d'activité et de ses modifications éventuelles. En cas de doute, ils doivent se renseigner auprès des autorités compétentes en la matière.

Pour ces motifs, la CPI confirme l'amende administrative quant à son principe et son montant.

## PAR CES MOTIFS

### LA CHAMBRE DE PREMIERE INSTANCE,

Statuant contradictoirement à l'égard du SECM, de Madame A. et de la SRL B.

- **Déclare** la demande du SECM recevable et fondée.

### En conséquence,

- **Déclare** les griefs établis et ce faisant ;
- **Condamne** solidairement Madame A. et la SRL B. à rembourser la valeur des prestations indues s'élevant à 39.676,96€ sous déduction de la somme de 1.768,02€ ;
- **Condamne** Madame A. au paiement d'une amende administrative s'élevant à 150% du montant de la valeur des prestations à rembourser, soit une amende d'un montant de 5.832,3 € (3.888,2 € x 150%), dont 2/3 en amende effective (soit 3.888,2 euros) et 1/3 en amende assortie d'un sursis d'une durée de 3 ans (soit 1.944,1 euros) (grief n°1) et à 100% du montant de la valeur des prestations à rembourser, soit une amende d'un montant de 35.788,76 € (35.788,76 € x 100%), dont la moitié en amende effective (soit 17.894,38 euros) et l'autre moitié en amende assortie d'un sursis d'une durée de 3 ans (soit 17.894,38 euros) (griefs 2 à 4) ;
- **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.

---

<sup>16</sup> Cass., 2ème ch., 1er octobre 2002, RG n° P011 006N.

La présente décision est prise par la Chambre de première instance, composée de Madame GUIDET Corinne, Présidente, des Docteurs CARLIER Sophie et GEMBALA Olivia et de Madame ORI Christine et Monsieur CORIJN Johan, membres.

Et prononcée en audience publique du 11 septembre 2025, par Madame GUIDET Corinne, Présidente, assistée de Madame METENS Caroline, Greffière.

METENS Caroline  
Greffière

GUIDET Corinne  
Présidente