

DECISION DU FONCTIONNAIRE-DIRIGEANT DU 14 MARS 2022

Concerne : **Madame A**
Infirmière
Et
SPRL B
BRS/F/21-015

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

1 GRIEFS FORMULES

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

1.1 Grief 1 « prestations non effectuées »

Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer des documents réglementaires permettant le remboursement des prestations de santé lorsque les prestations n'ont pas été effectuées ou fournies ou lorsqu'elles ont été effectuées ou fournies durant une période d'interdiction temporaire ou définitive d'exercice de la profession.

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

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

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

Nomenclature des prestations de santé

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

"Art. 8. § 1er. Les prestations suivantes sont considérées comme des prestations qui requièrent la qualification d'infirmier gradué ou assimilé, d'accoucheuse, d'infirmier breveté, d'hospitalier/assistant en soins hospitaliers ou assimilé, appelés ci-après praticiens de l'art infirmier (W). Toutefois, les prestations techniques spécifiques de soins infirmiers, visés sous rubrique III du § 1er, 1°, 2°, 3° et 3°bis requièrent la qualification d'infirmier gradué ou assimilé, d'accoucheuse ou d'infirmier breveté."

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

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

(...)

B. Prestations techniques de soins infirmiers."

"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 17.9.2005" (en vigueur 1.10.2005)

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

(...)

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

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

"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 13.10.2004" (en vigueur 1.1.2005)

+ "A.R. 17.9.2005" (en vigueur 1.10.2005)

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

"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 13.10.2004" (en vigueur 1.1.2005)

" **425294** Honoraires forfaitaires, dits forfait B, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants:

- dépendance pour le critère se laver et le critère s'habiller (score 3 ou 4), et
- dépendance pour le critère transfert et déplacements et le critère aller à la toilette (score 3 ou 4), et
- dépendance pour le critère continence et/ou pour le critère manger (score 3 ou 4) **W 7,371 "**

(...)

A.R. 12.9.2001" (en vigueur 1.10.2001)

"IV. Honoraires forfaitaires par journée de soins pour les patients palliatifs."

427033 Honoraires forfaitaires PB, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire : **W 11,750**

- 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).
- et qui répond à la définition du patient palliatif reprise au § 5bis, 1°

427055 Honoraires forfaitaires PA, 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)
- sous la condition que le bénéficiaire répond à la définition de patient palliatif reprise au § 5bis, 1° **W 10,887 "**

(...)

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

"2° Prestations effectuées au cours d'une séance de soins infirmiers durant le week-end ou un jour férié au domicile ou à la résidence du bénéficiaire.

(...)

B. Prestations techniques de soins infirmiers."

"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 17.9.2005" (en vigueur 1.10.2005)

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

(...)

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

"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 13.10.2004" (en vigueur 1.1.2005)

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

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

W 5,710

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

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

W 10,944 "

(...)

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

"3° Les honoraires forfaitaires, visés à la rubrique II du § 1er, 1°, 2°, 3° et 3°bis et à la rubrique IV du § 1er, 1° et 2° ne peuvent être attestés que si les conditions suivantes sont réalisées :"

(...)

"A.R. 12.9.2001" (en vigueur 1.10.2001)

"IV. Honoraires forfaitaires par journée de soins pour les patients palliatifs."

427114 Honoraires forfaitaires PB, 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).
- et qui répond à la définition du patient palliatif reprise au § 5bis, 1°

W 17,493

427136 Honoraires forfaitaires PA, 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)

• sous la condition que le bénéficiaire répond à la définition de patient palliatif reprise au § 5bis, 1°

W 16,253 "

(...)

"§ 5. Précisions relatives aux honoraires forfaitaires visés à la rubrique II du § 1er, 1°, 2°, 3° et 3°bis et à la rubrique IV du § 1er, 1° et 2°:"

"A.R. 13.10.2004" (en vigueur 1.1.2005) + "A.R. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014)

"1° La dépendance physique visée à la rubrique II du § 1er, 1°, 2°, 3° et 3°bis et à la rubrique IV du § 1er, 1° et 2° est évaluée sur base de l'échelle d'évaluation reprise ci-après :"

"A.R. 13.10.2004" (en vigueur 1.1.2005)

"a) Se laver :

- (1) Est capable de se laver complètement sans aucune aide;
- (2) A besoin d'une aide partielle pour se laver au-dessus ou en dessous de la ceinture;
- (3) A besoin d'une aide partielle pour se laver tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture;
- (4) Doit être entièrement aidé pour se laver tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture.

b) S'habiller :

- (1) Est capable de s'habiller et de se déshabiller complètement sans aucune aide;
- (2) A besoin d'une aide partielle pour s'habiller au-dessus ou en dessous de la ceinture (sans tenir compte des lacets);
- (3) A besoin d'une aide partielle pour s'habiller tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture;
- (4) Doit être entièrement aidé pour s'habiller tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture."

"A.R. 13.10.2004" (en vigueur 1.1.2005) + Erratum M.B. 17.11.2004

"c) Transfert et déplacements :

- (1) Est autonome pour le transfert et se déplace de façon entièrement indépendante, sans auxiliaire(s) mécanique(s) ni aide de tiers;
- (2) Est autonome pour le transfert et ses déplacements moyennant l'utilisation d'auxiliaire(s) mécanique(s) (béquille(s), chaise roulante, ...);
- (3) A absolument besoin de l'aide de tiers pour au moins un des transferts et/ou ses déplacements;
- (4) Est grabataire ou en chaise roulante et dépend entièrement des autres pour se déplacer."

"A.R. 25.10.2006" (en vigueur 1.1.2007)

"d) Aller à la toilette

- (1) Est capable d'aller seul à la toilette, de s'habiller et de s'essuyer;
- (2) A besoin d'aide pour un des trois items : se déplacer ou s'habiller ou s'essuyer;
- (3) A besoin d'aide pour deux des trois items : se déplacer et/ou s'habiller et/ou s'essuyer;
- (4) A besoin d'aide pour les trois items : se déplacer et s'habiller et s'essuyer"

"A.R. 13.10.2004" (en vigueur 1.1.2005)

"e) Continence :

- (1) Est continent pour les urines et les selles;
- (2) Est accidentellement incontinent pour les urines ou les selles (sonde vésicale ou anus artificiel compris);
- (3) Est incontinent pour les urines (y compris exercices de miction) ou les selles;
- (4) Est incontinent pour les urines et les selles.

f) Manger :

- (1) Est capable de manger et de boire seul;
- (2) A besoin d'une aide préalable pour manger ou boire;
- (3) A besoin d'une aide partielle pendant qu'il mange ou boit;
- (4) Le patient est totalement dépendant pour manger et boire."

(...)

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

"3° Les honoraires forfaitaires, visés à la rubrique II du § 1er, 1°, 2°, 3° et 3°bis et à la rubrique IV du § 1er, 1° et 2° ne peuvent être attestés que si les conditions suivantes sont réalisées :"

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

"a) pour chaque bénéficiaire dans le chef duquel des honoraires forfaitaires visés à la rubrique II du § 1er, 1°, 2°, 3° et 3°bis et à la rubrique IV du § 1er, 1° et 2° ont été attestés, **une toilette (prestations 425110, 425515, 425913 ou 427755) par journée de soins a été effectuée** à l'exception des honoraires forfaitaires PP;"

1.1.2. Prestations en cause :

<u>Code de prestation</u>	<u>Lettre-clé</u>	<u>Libellé</u>	<u>Date d'entrée en vigueur</u>
425110	W 1,67	Soins d'hygiène (toilettes)	01/10/2005
425515	W 1,754	Soins d'hygiène (toilettes)	01/10/2005
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)	01/01/2005
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	01/01/2005

		- 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)	01/01/2005
427033	W 11,750	Honoraires forfaitaires PB, 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). • et qui répond à la définition du patient palliatif reprise au § 5bis, 1°	01/10/2005
427055	W 10,887	Honoraires forfaitaires PA, 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) • sous la condition que le bénéficiaire répond à la définition de patient palliatif reprise au § 5bis, 1°	01/10/2005
427114	W 17,493	Honoraires forfaitaires PB, 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).	01/10/2005

		<ul style="list-style-type: none"> • et qui répond à la définition du patient palliatif reprise au § 5bis, 1° 	
427136	W 16,253	<p>Honoraires forfaitaires PA, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués :</p> <ul style="list-style-type: none"> • au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants : <ul style="list-style-type: none"> - 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) • sous la condition que le bénéficiaire répond à la définition de patient palliatif reprise au § 5bis, 1° 	01/10/2005

1.1.3. Argumentation

Les prestations de soins infirmiers de toilettes ne sont pas effectuées.

1.1.4. Conclusion

Ce grief concerne 3 assurés pour 570 prestations non effectuées, pour la période de prestations du 10/05/2017 au 31/12/2018 et d'introduction à l'OA du 08/06/2017 au 18/01/2019, à concurrence d'un indu total de 20.696,92€.

1.2. Grief 2 « prestations non conformes »

Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer des documents réglementaires permettant le remboursement des prestations de santé lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, dans ses arrêtés et règlements d'exécution, dans les conventions et accords conclus en vertu de cette même loi.

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

Surscorage d'échelle d'évaluation dite échelle de Katz

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

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

Nomenclature des prestations de santé

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

"Art. 8. § 1er. Les prestations suivantes sont considérées comme des prestations qui requièrent la qualification d'infirmier gradué ou assimilé, d'accoucheuse, d'infirmier breveté, d'hospitalier/assistant en soins hospitaliers ou assimilé, appelés ci-après praticiens de l'art infirmier (W). Toutefois, les prestations techniques spécifiques de soins infirmiers, visés sous rubrique III du § 1er, 1°, 2°, 3° et 3°*bis* requièrent la qualification d'infirmier gradué ou assimilé, d'accoucheuse ou d'infirmier breveté."

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

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

I. Séance de soins infirmiers.

A. Prestation de base.

425014 Première prestation de base de la journée de soins **W 0,879**

(...)

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

B. Prestations techniques de soins infirmiers."

(...)

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

" **424933** Dans le cadre d'une thérapie de compression : application et/ou enlèvement de bas **W 0,484 "**

(...)

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

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

"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 13.10.2004" (en vigueur 1.1.2005)

+ "A.R. 17.9.2005" (en vigueur 1.10.2005)

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

"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 13.10.2004" (en vigueur 1.1.2005)

" **425294** Honoraires forfaitaires, dits forfait B, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants:

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

- dépendance pour le critère continence et/ou pour le critère manger (score 3 ou 4) **W 7,371**

(...)

"A.R. 12.9.2001" (en vigueur 1.10.2001)

"IV. Honoraires forfaitaires par journée de soins pour les patients palliatifs."

427033 Honoraires forfaitaires PB, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire : **W 11,750**

• 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).

• et qui répond à la définition du patient palliatif reprise au § 5bis, 1°

427055 Honoraires forfaitaires PA, 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)

• sous la condition que le bénéficiaire répond à la définition de patient palliatif reprise au § 5bis, 1° **W 10,887 "**

(...)

"2° Prestations effectuées au cours d'une séance de soins infirmiers durant le week-end ou un jour férié au domicile ou à la résidence du bénéficiaire.

I. Séance de soins infirmiers.

A. Prestation de base.

425412 Première prestation de base de la journée de soins **W 1,206**

(...)

B. Prestations techniques de soins infirmiers."

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

" **424955** Dans le cadre d'une thérapie de compression : application et/ou enlèvement de bas **W 0,730 "**

(...)

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

"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 13.10.2004" (en vigueur 1.1.2005)

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

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

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

- dépendance pour le critère se laver et le critère s'habiller (score 3 ou 4), et
- dépendance pour le critère transfert et déplacements et le critère aller à la toilette (score 3 ou 4), et
- dépendance pour le critère continence et/ou pour le critère manger (score 3 ou 4) **W 10,944 "**

(...)

"IV. Honoraires forfaitaires par journée de soins pour les patients palliatifs."

427114 Honoraires forfaitaires PB, 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).
- et qui répond à la définition du patient palliatif reprise au § 5bis, 1°

W 17,493

427136 Honoraires forfaitaires PA, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués : **W 16,253 "**

- 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)
- sous la condition que le bénéficiaire répond à la définition de patient palliatif reprise au § 5bis, 1°

(...)

"§ 5. Précisions relatives aux honoraires forfaitaires visés à la rubrique II du § 1er, 1°, 2°, 3° et 3°bis et à la rubrique IV du § 1er, 1° et 2°:"

"A.R. 13.10.2004" (en vigueur 1.1.2005) + "A.R. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014)

"1° La dépendance physique visée à la rubrique II du § 1er, 1°, 2°, 3° et 3°bis et à la rubrique IV du § 1er, 1° et 2° est évaluée sur base de l'échelle d'évaluation reprise ci-après :"

"A.R. 13.10.2004" (en vigueur 1.1.2005)

"a) Se laver :

- (1) Est capable de se laver complètement sans aucune aide;
- (2) A besoin d'une aide partielle pour se laver au-dessus ou en dessous de la ceinture;
- (3) A besoin d'une aide partielle pour se laver tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture;
- (4) Doit être entièrement aidé pour se laver tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture.

b) S'habiller :

- (1) Est capable de s'habiller et de se déshabiller complètement sans aucune aide;
- (2) A besoin d'une aide partielle pour s'habiller au-dessus ou en dessous de la ceinture (sans tenir compte des lacets);

(3) A besoin d'une aide partielle pour s'habiller tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture;

(4) Doit être entièrement aidé pour s'habiller tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture."

"A.R. 13.10.2004" (en vigueur 1.1.2005) + Erratum M.B. 17.11.2004

"c) Transfert et déplacements :

(1) Est autonome pour le transfert et se déplace de façon entièrement indépendante, sans auxiliaire(s) mécanique(s) ni aide de tiers;

(2) Est autonome pour le transfert et ses déplacements moyennant l'utilisation d'auxiliaire(s) mécanique(s) (béquille(s), chaise roulante, ...);

(3) A absolument besoin de l'aide de tiers pour au moins un des transferts et/ou ses déplacements;

(4) Est grabataire ou en chaise roulante et dépend entièrement des autres pour se déplacer."

"A.R. 25.10.2006" (en vigueur 1.1.2007)

"d) Aller à la toilette

(1) Est capable d'aller seul à la toilette, de s'habiller et de s'essuyer;

(2) A besoin d'aide pour un des trois items : se déplacer ou s'habiller ou s'essuyer;

(3) A besoin d'aide pour deux des trois items : se déplacer et/ou s'habiller et/ou s'essuyer;

(4) A besoin d'aide pour les trois items : se déplacer et s'habiller et s'essuyer"

"A.R. 13.10.2004" (en vigueur 1.1.2005)

"e) Continence :

(1) Est continent pour les urines et les selles;

(2) Est accidentellement incontinent pour les urines ou les selles (sonde vésicale ou anus artificiel compris);

(3) Est incontinent pour les urines (y compris exercices de miction) ou les selles;

(4) Est incontinent pour les urines et les selles.

f) Manger :

(1) Est capable de manger et de boire seul;

(2) A besoin d'une aide préalable pour manger ou boire;

(3) A besoin d'une aide partielle pendant qu'il mange ou boit;

(4) Le patient est totalement dépendant pour manger et boire."

(...)

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

"3° Les honoraires forfaitaires, visés à la rubrique II du § 1er, 1°, 2°, 3° et 3°bis et à la rubrique IV du § 1er, 1° et 2° ne peuvent être attestés que si les conditions suivantes sont réalisées :"

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

"a) pour chaque bénéficiaire dans le chef duquel des honoraires forfaitaires visés à la rubrique II du § 1er, 1°, 2°, 3° et 3°bis et à la rubrique IV du § 1er, 1° et 2° ont été attestés, **une toilette (prestations 425110, 425515, 425913 ou 427755) par journée de soins a été effectuée** à l'exception des honoraires forfaitaires PP;"

(...)

Service des soins de santé

Directives pour l'utilisation de l'échelle d'évaluation

D'APPLICATION A PARTIR DU 1^{ER} AVRIL 2011

https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/directive_infirmiers_katz_20110401.pdf

Les modifications par rapport à la version précédente sont indiquées en caractères italiques et soulignées.

- art. 151 de l'A.R. du 3/07/1996 (maisons de repos pour personnes âgées, maisons de repos et de soins et les centres de soins de jour)
- art. 8 de l'annexe à l'A.R. du 14/09/1984 (nomenclature des praticiens de l'art infirmier)

Chaque critère doit être évalué en tenant compte des limitations quelle que soit leur origine (par exemple une affection cardiorespiratoire, une affection locomotrice, une affection psychique, etc.) et ce, indépendamment des soins dispensés.

Se laver

1 .Est capable de se laver complètement sans aucune aide

Le patient est capable de se laver complètement sans aucune aide et sans aucune forme de surveillance ou de stimulation.

2. A besoin d'une aide partielle pour se laver au-dessus ou en dessous de la ceinture

Il existe deux possibilités:

- a) Le patient a besoin d'une aide active pour se laver au-dessus ou en dessous de la ceinture, ou
- b) Le patient est capable de se laver au-dessus ou en dessous de la ceinture, moyennant une stimulation et sans la nécessité d'une surveillance et/ou d'une présence continue(s).

La situation où seul le dos ou seuls les pieds sont lavés répond au score '2'.

3. A besoin d'une aide partielle pour se laver tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture

Il existe deux possibilités:

- a) Chaque fois que le patient se lave, au-dessus et en dessous de la ceinture, il a besoin d'aide pour se laver au-dessus ou en dessous de la ceinture, ou
- b) Le patient est encore capable de se laver partiellement tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture, moyennant une stimulation individuelle continue (par exemple vocale) et une surveillance active continue.

La situation où seuls le dos et les pieds sont lavés répond au score '3'.

4. Doit être entièrement aidé pour se laver tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture

Lorsqu'une tierce personne ne le fait pas, le patient n'est pas lavé.

S'habiller

1. Est capable de s'habiller et de se déshabiller complètement sans aucune aide

Le patient est capable de s'habiller et de se déshabiller complètement de sa propre initiative, sans aucune aide et sans aucune forme de surveillance ou de stimulation. Il s'agit de patients qui savent ce qu'ils doivent porter et qui changent à temps de vêtements.

Le patient qui éprouve uniquement des difficultés pour nouer ses lacets appartient à cette catégorie.

2. A besoin d'une aide partielle pour s'habiller au-dessus ou en dessous de la ceinture (sans tenir compte des lacets)

Il existe deux possibilités:

a) Le patient a besoin d'une aide partielle active pour s'habiller et/ou se déshabiller au-dessus ou en dessous de la ceinture (par exemple pour enfiler un corset, des bas à varices), ou

b) Le patient est capable de s'habiller et/ou de se déshabiller au-dessus ou en dessous de la ceinture moyennant une stimulation (par exemple la préparation de ses vêtements) et sans la nécessité d'une surveillance continue et/ou d'une présence continue.

3. A besoin d'une aide partielle pour s'habiller tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture

Il existe trois possibilités:

a) Le patient a chaque fois besoin d'une aide active partielle pour s'habiller et/ou se déshabiller tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture, ou

b) Le patient est encore capable de s'habiller et/ou de se déshabiller partiellement tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture, moyennant une stimulation individuelle continue (par exemple vocale) et une surveillance active continue, ou

c) Le patient a besoin d'aide pour mettre l(es) orthèse(s) et/ou la (les) prothèse(s) indispensable(s) à son autonomie locomotrice (membres supérieurs et/ou membres inférieurs).

Sans cette aide, le patient n'est pas capable de s'habiller décemment.

4. Doit être entièrement aidé pour s'habiller tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture

La situation du patient a tellement évolué qu'il ne s'habille ou ne se déshabille plus du tout. Si personne ne l'aide à s'habiller, le patient porte les mêmes vêtements jour et nuit.

Transfert et déplacements

Le critère «transfert» exprime tout changement de position (de la position couchée à la station debout, de la position assise à la station debout, de la position couchée à la position assise et vice versa).

Le critère « déplacements » implique le fait d'aller d'un point à l'autre.

Aucun moyen d'immobilisation ou de contention n'est pris en considération pour l'évaluation de ce critère.

1. Est autonome pour le transfert et se déplace de façon entièrement indépendante, sans auxiliaire(s) mécanique(s), ni aide de tiers

Le patient est autonome pour le transfert et est capable de se déplacer sans aucune aide de tiers ou d'aide(s) mécanique(s), comme il l'a toujours fait.

2. Est autonome pour le transfert et ses déplacements moyennant l'utilisation d'auxiliaire(s) mécanique(s) (béquille(s), chaise roulante, ...)

Le patient est autonome pour le transfert, éventuellement à l'aide d'auxiliaire(s) mécanique(s). Pour se déplacer, le patient utilise lui-même des aides à la marche telles des béquilles, une tribune, une chaise roulante, etc. ou s'appuie sur les meubles ; cela nécessite, le cas échéant, l'aide occasionnelle d'un tiers.

3. A absolument besoin de l'aide de tiers pour au moins un des transferts et/ou ses déplacements

Il existe deux possibilités:

a) Le patient n'est jamais capable de se lever du lit le matin et/ou de se coucher le soir sans l'aide de tiers (de la position couchée à la station debout ou vice versa), et/ou le patient n'est jamais capable de se mettre debout ou de s'asseoir sans l'aide de tiers (de la position assise à la station debout ou vice versa), et/ou le patient n'est jamais capable de s'asseoir ou de se coucher sans l'aide de tiers (de la position couchée à la position assise et vice versa) et/ou

b) Le patient a besoin de l'aide de tiers pour chaque déplacement

4. Est grabataire ou en chaise roulante et dépend entièrement des autres pour se déplacer

Le patient qui bénéficie d'une voiturette électronique remboursée et qui y séjourne la plus grande partie de la journée, tant pour les déplacements intérieurs qu'extérieurs, obtient un score 4.

Il s'agit d'un patient qui présente des difficultés complètes, démontrées et définitives de déplacement. Il ne peut se tenir debout ou marcher. Un transfert autonome de la voiturette vers une chaise, le fauteuil ou le lit ou inversement est impossible sans l'aide d'une tierce personne.

Aller à la toilette

Ce critère exprime tant l'utilisation des WC que celle de la chaise percée placée à proximité immédiate du patient.

Ce critère est chaque fois une combinaison de 3 items: se déplacer et s'habiller (baisser et relever le pantalon et éventuellement retirer et replacer du matériel d'incontinence) et s'essuyer.

1. Est capable d'aller seul à la toilette, de s'habiller et de s'essuyer

2. A besoin de l'aide partielle de tiers pour se rendre aux toilettes ou s'habiller ou s'essuyer

Le patient a besoin d'aide pour un des trois items: se déplacer ou s'habiller ou s'essuyer.

3. Doit être entièrement aidé pour se rendre aux toilettes et/ou s'habiller et/ou s'essuyer

Le patient a besoin d'aide pour deux des trois items: se déplacer et/ou s'habiller et/ou s'essuyer.

4. Doit être entièrement aidé pour se rendre aux toilettes/chaise percée et s'habiller et s'essuyer

Le patient a besoin d'aide pour les trois items: se déplacer et s'habiller et s'essuyer.

Continence

La modification pour le score « 2 » est d'application à partir du 1^{er} janvier 2007 (la date d'entrée en vigueur de la modification de la nomenclature des soins infirmiers à domicile qui y est associée)

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)

Il existe trois possibilités:

- a) Le patient présente occasionnellement, c'est-à-dire à des moments irréguliers du nyctémère, des pertes involontaires d'urine et/ou de fèces, comme une incontinence due au stress ou une incontinence d'effort. Une personne qui est exclusivement incontinente pour les urines pendant la nuit doit obtenir un score «2». Une personne qui est incontinente pour les urines pendant la nuit et occasionnellement incontinente pour les urines pendant la journée reçoit également un score "2", ou
- b) Le patient porte un anus artificiel ou une urostomie ou une sonde à demeure, ou
- c) Le patient réalise son autosondage

3. Est incontinent pour les urines (y compris exercices de miction) ou les selles

Il existe deux possibilités:

- a) Le patient présente une perte involontaire d'urine ou de fèces de façon permanente ou le patient n'est continent que grâce à des exercices de miction (minimum 4 fois par jour une aide à la toilette individualisée avec mention dans le plan de soins, dans le dossier infirmier ou le dossier de soins) ou cathétérisation par un tiers, ou
- b) Le patient présente en permanence un comportement inadapté lors de l'élimination de l'urine ou des fèces.

4. Est incontinent pour les urines et les selles

Il existe deux possibilités :

- a) Le patient présente une perte involontaire d'urine et de fèces de façon permanente. Il est donc incontinent pour l'urine et les selles, ou
- b) Le patient présente en permanence un comportement inadapté lors de l'élimination de l'urine et des fèces.

Manger

1. Est capable de manger et de boire seul

Le patient est capable de manger et de boire de manière autonome

2. A besoin d'une aide préalable pour manger ou boire Il existe deux possibilités:

a) Le patient a surtout besoin d'une aide préalable pour manger ou boire (par exemple tartiner, couper la viande, servir la boisson,...), ou 2.

b) Le patient est autonome pour manger et boire s'il dispose de moyens d'aide adaptés ou de l'aide occasionnelle de tiers ou moyennant une stimulation et sans la nécessité d'une surveillance et/ou d'une présence continue.

3. A besoin d'une aide partielle pendant qu'il mange ou boit

Il existe deux possibilités:

a) Le patient a besoin de l'aide partielle de tiers au moins pendant tout le repas principal, ou

b) Le patient reçoit une stimulation (par exemple vocale) individualisée continue (une personne qui s'occupe de maximum 3 patients pour la prise du repas durant toute la durée de celui-ci) et une surveillance active continue lors de la prise de nourriture ou de boissons.

4. Le patient est totalement dépendant pour manger et boire

Pour manger, le patient est totalement dépendant de tiers ou d'une technique de nutrition (alimentation par sonde, alimentation entérale ou parentérale,...).

1.2.2. Prestations en cause

<u>Code de prestation</u>	<u>Lettre-clé</u>	<u>Libellé</u>	<u>Date d'entrée en vigueur</u>
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	01/01/2005

		<p>bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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) 	
425670	W 5,710	<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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) 	01/01/2005
425692	W 10,944	<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> - dépendance pour le critère se laver et le critère s'habiller (score 3 ou 4), et - dépendance pour le critère transfert et déplacements et le critère aller à la toilette (score 3 ou 4), et - dépendance pour le critère continence et/ou pour le critère manger (score 3 ou 4) 	01/01/2005
427033	W 11,750	<p>Honoraires forfaitaires PB, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> • dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants : <ul style="list-style-type: none"> - 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). • et qui répond à la définition du patient palliatif reprise au § 5bis, 1° 	01/10/2005
427055	W 10,887	<p>Honoraires forfaitaires PA, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués :</p> <ul style="list-style-type: none"> • au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants : <ul style="list-style-type: none"> - dépendance pour le critère se laver et le critère s'habiller (score 3 ou 4), et 	01/10/2005

		<ul style="list-style-type: none"> - dépendance pour le critère transfert et déplacements et/ou le critère aller à la toilette (score 3 ou 4) • sous la condition que le bénéficiaire répond à la définition de patient palliatif reprise au § 5bis, 1° 	
427136	W 16,253	Honoraires forfaitaires PA, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués : <ul style="list-style-type: none"> • au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants : <ul style="list-style-type: none"> - 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) • sous la condition que le bénéficiaire répond à la définition de patient palliatif reprise au § 5bis, 1° 	01/10/2005

1.2.3. Argumentation

Un surscorage de l'échelle d'évaluation dite de Katz a été constaté.

1.2.4. Conclusion

Ce grief concerne six assurées pour 1.775 prestations de santé non conformes, pour la période de prestations du 13/03/2017 au 31/12/2018 et d'introduction du 27/4/2017 au 18/01/2019, à concurrence d'un indu différentiel de 27.247,74€.

1.3. Grief 3 « prestations non conformes »

Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer des documents réglementaires permettant le remboursement des prestations de santé lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, dans ses arrêtés et règlements d'exécution, dans les conventions et accords conclus en vertu de cette même loi.

**Infraction visée à l'art. 73 bis, 2° de la Loi ASSI coordonnée le 14 juillet 1994.
Dossier infirmier non conforme.**

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

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

Nomenclature des prestations de santé

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

"Art. 8. § 1er. Les prestations suivantes sont considérées comme des prestations qui requièrent la qualification d'infirmier gradué ou assimilé, d'accoucheuse, d'infirmier breveté, d'hospitalier/assistant en soins hospitaliers ou assimilé, appelés ci-après praticiens de l'art infirmier (W). Toutefois, les prestations techniques spécifiques de soins infirmiers, visés sous rubrique III du § 1er, 1°, 2°, 3° et 3°*bis* requièrent la qualification d'infirmier gradué ou assimilé, d'accoucheuse ou d'infirmier breveté."

(...)

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

"§ 3. Aucuns honoraires ne sont dus :"

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

"5° lorsque le dossier infirmier mentionné dans cet article n'existe pas ou si le contenu minimal décrit au § 4, 2° de cet article n'est pas mentionné dans ce dossier."

"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014)

"§ 4. Précisions relatives aux prestations visées à la rubrique I du § 1er, 1°, 2°, 3°, 3°*bis* et 4°:

1° La prestation de base, visée à la rubrique I, A du § 1er, 1°, 2°, 3°, 3°*bis* et 4° comprend :

- l'observation globale du bénéficiaire;
- le planning et l'évaluation des soins;
- l'accompagnement sanitaire du bénéficiaire et de son entourage;
- **la tenue complète d'un dossier infirmier;**
- les frais de déplacement, excepté les frais supplémentaires de déplacement en région rurale, sauf pour les prestations de base visées à la rubrique I, A du § 1er, 3°, 3°*bis* et 4°."

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

"2° Le contenu minimal du dossier infirmier comporte au moins :

- les données d'identification du bénéficiaire;
- l'échelle d'évaluation telle que prévue au § 5 chaque fois que la nomenclature l'exige;
- le contenu de la prescription telle que prévue au § 2 (copie ou transcription de la prescription en cas de dossier automatisé) chaque fois que la nomenclature l'exige;

- les données d'identification du prescripteur chaque fois que la nomenclature l'exige;
- l'identification des soins infirmiers effectués au cours de chaque journée de soins;
- l'identification des praticiens de l'art infirmier qui ont dispensés ces soins;
- la mention relative à la continence visée au § 6, 4°, chaque fois que la nomenclature l'exige."

"A.R. 27.3.2012" (en vigueur 1.6.2012) + "A.R. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014)

"Lorsque les soins infirmiers dispensés au bénéficiaire comportent des prestations techniques, décrites à la rubrique I, B du § 1er, 1°, 2°, 3°, 3°bis et 4° de cet article, le contenu minimal du dossier infirmier comporte alors, en plus des éléments du premier alinéa de cette disposition, également :"

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

- "- la planification des soins;
- l'évaluation des soins;

Les éléments relevant concernant la planification et l'évaluation des soins mentionnées dans l'alinéa précédent doivent être mentionnés au moins tous les deux mois dans le dossier infirmier."

"A.R. 27.3.2012" (en vigueur 1.6.2012) + "A.R. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014)

"Lorsque les soins infirmiers dispensés au bénéficiaire comportent des soins de plaie(s) complexes, décrits au § 8, 1° de cet article, ou lorsque les soins sont dispensés dans le cadre des honoraires forfaitaires par journée de soins pour des patients lourdement dépendants, décrits à la rubrique II du § 1er, 1°, 2°, 3° et 3°bis de cet article, le contenu minimal du dossier infirmier comporte alors, en plus des éléments des deux premiers alinéas de cette disposition, également :"

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

- "- le dossier soins de plaie(s) spécifiques visé au § 8, 5°, chaque fois que la nomenclature l'exige.

Dans les hypothèses visées à l'alinéa 4, par dérogation à l'alinéa 3, les éléments relevant concernant la planification et l'évaluation des soins mentionnées dans le deuxième alinéa doivent être mentionnés au moins toutes les deux semaines dans le dossier infirmier."

(...)

La tenue du dossier n'est pas liée à des conditions de forme (le dossier automatisé est autorisé).

Sans préjudice des délais de conservation imposés par d'autres législations, le dossier infirmier doit être conservé pendant une période d'au moins cinq ans.

Le dossier infirmier d'un bénéficiaire peut être tenu à jour conjointement par plusieurs praticiens de l'art infirmier, mais chacun d'eux demeure responsable de la tenue à jour des éléments du dossier relatifs aux soins qu'il a dispensés."

(...)

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

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

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

- "soins de plaie(s) simples" : tous les soins de plaie(s) qui ne tombent pas sous la notion "soins de plaie(s) complexes" ou "soins de plaie(s) spécifiques", notamment l'application de pansements sur un soin de plaie simple et l'ablation de fils ou d'agrafes;
- "soins de plaie(s) complexes" : les soins de :
 - plaie(s) avec drain avec/sans aspiration;
 - plaie(s) avec méchage et/ou irrigation;
 - plaie(s) avec broche ou fixateur externe;
 - deux plaies simples ou davantage;
 - brûlure(s) au deuxième ou troisième degré, ulcère(s), greffe(s), escarre(s) d'une superficie de moins de 60 cm²;
 - stomie(s) après colostomie, gastrostomie, iléostomie, cystostomie, uretérostomie ou trachéostomie;
- "soins de plaie(s) spécifiques" :
 - les soins de brûlure(s) au deuxième ou troisième degré ou de greffe(s) d'une superficie de 60 cm² ou plus;
 - les soins d'ulcère(s) d'une superficie de 60 cm² ou plus;
 - les soins d'escarre(s) profonde(s) atteignant les tendons et les os;
 - le débridement d'escarre(s) de décubitus."

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

"- zona;

- eczéma;

- psoriasis;

- verrues;

- dermatomycoses;

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

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

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

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

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

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

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

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

[...]

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

"8° Les prestations 424255, 424410, 424550, 427836, 424712, 424270, 424432, 424572, 427851, 424734, 424292, 424454, 424594, 427873, 424756, 424314, 424476, 424616, 427895, 424771, 424933, 424955, 424970, 427910 et 424992 ne peuvent pas

être cumulées au cours d'une même séance avec une autre prestation de cet article, à l'exception d'une prestation de base.

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

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

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

https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/directive_infirmiers_planification_evaluation_20110523.pdf

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

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

B. Directives relatives aux soins de plaie(s)

https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/directive_infirmiers_soins_plaie.pdf

1. Directives relatives au contenu du dossier infirmier en matière de soins complexes et spécifiques de plaie(s)

Ce dossier fait partie intégrante du dossier infirmier et comprend l'anamnèse infirmière, le jugement clinique du praticien de l'art infirmier (diagnostics infirmiers), le plan de soins (interventions infirmières) et l'évaluation des résultats.

• L'anamnèse infirmière comprend les éléments suivants :

- ° Date de l'anamnèse infirmière
- ° Données d'identification du patient
- ° Médecin généraliste : données d'identification
- ° Médecin spécialiste : données d'identification
- ° Infirmier(ère) référent(e) : données d'identification
- ° Infirmier(ère) relais en soins de plaie(s) : données d'identification
- ° Antécédents médicaux et chirurgicaux qui peuvent avoir une influence sur la plaie, si données médicales à ce sujet disponibles
- ° Allergies :
 - ° cutanée
 - ° médicamenteuse: si données médicales à ce sujet disponibles (nom du médecin et date à laquelle les données ont été obtenues)
 - ° alimentaire
- ° Facteurs aggravants ou potentiellement aggravants :

- état nutritionnel
- état d'hydratation
- d'origine médicale (par exemple : insuffisance cardiaque, artérite, ...)
- d'origine thérapeutique (par exemple : médicaments anti-inflammatoires et anti-infectieux, chimiothérapie, ...)
- perte de mobilité
- autres (à spécifier)
- Situation familiale
- Isolé
- Vit en famille
- Personne(s) de contact pour le patient : données d'identification

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

• Description de la (des) plaie(s)

- nombre de plaies
- localisation de la (des) plaie(s)
- origine de la (des) plaie(s) et date d'apparition de la (des) plaie(s)
- type de plaie(s)
 - plaie(s) avec drain avec/sans aspiration
 - plaie(s) avec méchage et/ou irrigation
 - plaie(s) avec broche ou fixateur externe
 - deux plaies simples ou davantage
 - brûlure(s) du deuxième ou du troisième degré, ulcère(s), greffon(s), escarre(s) avec une surface de moins de 60 cm²
 - stomie(s) après colostomie, gastrostomie, iléostomie, cystostomie, urétérostomie ou trachéostomie
 - brûlure(s) du deuxième ou du troisième degré ou greffon(s) avec une surface de 60 cm² ou plus
 - ulcère(s) avec une surface de 60 cm² ou plus
 - escarre(s) profonde(s) touchant les tendons et les os
 - débridement d'escarre(s)

• Evaluation de la (des) plaie(s)

- dimensions (profondeur, largeur, longueur)
- stade de cicatrisation de la plaie (rose, rouge, jaune, noire)
- exsudat (0, +, ++, +++)
- contours de la plaie
- douleur (aiguë ou chronique)

• Le plan de soins comprend :

• La planification des interventions infirmières

• Le traitement locale de la (des) plaie

- nature
- fréquence
- répartition des soins pendant la journée
- nettoyage de la plaie et produits utilisés
- moyen de recouvrement
- moyens de fixation
- moyens de compression

• L'évaluation du résultat du traitement

• Justification de la demande d'avis d'un infirmier relais (si en application, soit uniquement en cas de plaies spécifiques)

• Rapport de la visite de l'infirmier relais (si en application, soit uniquement pour les plaies spécifiques). Ce rapport comprend au minimum :

- La description de la plaies
- L'évaluation de la plaie et du traitement en cours
- Le traitement proposé

[...]

1.3.2. Prestations en cause

<u>Code de prestation</u>	<u>Lettre-clé</u>	<u>Libellé</u>	<u>Date d'entrée en vigueur</u>
423076	W 0,484	Administration de médicaments par voie intramusculaire, sous-cutanée ou hypodermique	01/07/2003
423275	W 0,730	Administration de médicaments par voie intramusculaire, sous-cutanée ou hypodermique	01/07/2003
424351	W 1,759	Soins de plaie(s) complexes	01/07/2009
424513	W 2,562	Soins de plaie(s) complexes	01/07/2009
425014	W 0,879	Première prestation de base de la journée de soins	01/06/1997
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)	01/01/2005
425412	W 1,206	Première prestation de base de la journée de soins	01/06/1997
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	01/01/2005

		- 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)	01/01/2005
427011	W 14,422	Honoraires forfaitaires PC, 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) • et qui répond à la définition du patient palliatif reprise au § 5bis, 1°	01/10/2005
427033	W 11,750	Honoraires forfaitaires PB, 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). • et qui répond à la définition du patient palliatif reprise au § 5bis, 1°	01/10/2005
427092	W 21,512	Honoraires forfaitaires PC, 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	01/10/2005

		- 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) • et qui répond à la définition du patient palliatif reprise au § 5bis, 1°	
428035	W 0,134	valorisation des prestations multiples et contraignantes chez les patients très dépendants	01/01/2010
428050	W 0,134	valorisation des prestations multiples et contraignantes chez les patients très dépendants	01/01/2010

1.3.3. Argumentation

Il apparaît que le dossier infirmier n'existe pas ou que celui fourni n'est pas conforme au prescrit de la nomenclature des prestations de santé. Il ne contient pas le contenu minimal du dossier infirmier tel que décrit dans l'art 8 de la nomenclature, condition de remboursement de ces prestations.

1.3.4. Conclusion

Ce grief concerne 5 assurés pour 593 prestations non conformes. N'ont été retenus pour chaque assuré que 3 mois sur une période de prestations allant du 01/04/2018 au 31/12/2018 et d'introduction à l'OA du 21/05/2018 au 18/01/2019, à concurrence d'un indu total de 11.749,15€.

2. Tableau synoptique

<i>Griefs</i>	Références	Codes NPS	Nbre de prestations	Nbre de bénéficiaires	Indu	
<i>Grief 1 : prestations non effectuées</i>	Art. 8 de la NPS	425110	44	<u>570</u>	<u>3</u>	<u>20.696,92€</u>
		425515	23			
		425272	86			
		425294	122			
		425670	66			
		425692	90			
		427033	23			
		427055	59			
		427114	17			
		427136	40			
<i>Grief 2 : Prestations non conformes</i>	Art 8 de la NPS	425272	759	<u>1.775</u>	<u>6</u>	<u>27.247,74€</u>
		425294	427			
		425670	347			
		425692	188			
		427033	15			

		427055	37			
		427136	2			
<i>Grief 3 : prestations non conformes dossier nc</i>	Art. 8 de la NPS	423076			<u>5</u>	<u>11.749,15€</u>
			64	<u>593</u>		
		423275	28			
		424351	64			
		424513	28			
		425014	64			
		425272	64			
		425294	112			
		425412	28			
		425670	27			
		425692	52			
		427011	21			
		427033	1			
		427092	10			
		428035	20			
428050	10					
<i>Période infractionnelle : du 13/03/17 au 31/12/18</i>	Période d'introduction : du 27/04/17 au 18/01/19	TOTAL		<u>2.938</u>	<u>12</u>	<u>59.693,81€</u>
					Remboursement	59.693,81€
					Indu résiduel	0€

3. Remboursement

Pour ces griefs, l'indu total a été évalué à 59.693,81 euros.

Madame A. a procédé au remboursement total de l'indu le 13/01/2021.

2 DISCUSSION

2.1. Moyens de défense

Madame A. invoque avoir collaboré à l'enquête, sa bonne foi, le caractère subjectif et évolutif de l'évaluation de l'état des patients, la complexité de la réglementation, un manque de formation quant aux aspects administratifs du métier et une surcharge de travail. Elle fait valoir que suite à un dégât des eaux, survenu en mars 2018 dans une cave où étaient archivés les dossiers infirmiers, les dossiers infirmiers ont disparu. Elle conteste partiellement les faits cités à grief.

Madame A. produit des attestations des médecins et famille des assurés.

Afin d'éviter la faillite de sa société, Madame A. demande de prononcer une amende peu élevée.

2.2. Fondement des griefs

Le présent dossier porte sur des prestations non effectuées et sur des prestations non conformes (surévaluation du niveau de dépendance des assurés, tenue incomplète des dossiers infirmiers et absence de dossiers infirmiers).

Le Fonctionnaire-dirigeant relève que Madame A. a été enseignante dans une école d'infirmière et peut difficilement prétendre que la réglementation n'était pas claire pour elle.

Madame A. a attesté des prestations non effectuées pour une somme élevée, à savoir 20.696,92 euros, a de l'expérience (elle est née en 1975 et diplômée en 2012) et a de hauts profils d'activité.

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

Quant aux attestations des médecins prescripteurs et de l'entourage des patients, le Fonctionnaire-dirigeant signale que Madame A. produit ces attestations seulement après la demande de moyens de défense (c'est-à-dire après le début du litige), donc in tempore suspecto.

Ces attestations ne peuvent dès lors pas être prises en considération.

Quant à la bonne foi, celle-ci n'est pas de nature à avoir un impact sur le remboursement de l'indu mais seulement sur l'amende qui pourrait être infligée à Madame A.

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

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

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

2.3. Quant à l'indu

Les griefs ont entraîné des débours indus dans le chef de l'assurance obligatoire soins de santé pour un montant de 59.693,81 euros.

Les griefs étant fondés, il y a lieu de condamner Madame A. au remboursement de l'indu, en application de l'article 142, §1^{er}, alinéa 1, 1^o et 2^o, de la loi ASSI coordonnée le 14 juillet 1994, soit la somme de 59.693,81 euros et de constater que cette somme a été totalement remboursée le 13/01/2021.

Cependant, c'est la SPRL B. qui a perçu l'ensemble de ces remboursements.

Dès lors, en application de l'article 164, alinéa 2 de la loi ASSI coordonnée le 14 juillet 1994, la SPRL B. doit être condamnée solidairement avec Madame A. au remboursement des sommes indûment perçues.

2.4. Quant à l'amende administrative

2.4.1. Les prestations ont été introduites auprès des organismes assureurs du 27/04/2017 au 18/01/2019.

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

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

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

En l'espèce, des prestations non effectuées, manquement particulièrement grave, et des prestations non conformes ont été attestées sur une période infractionnelle de près de 2 ans.

Le Fonctionnaire-dirigeant souligne que les règles de la Nomenclature des prestations de santé sont de stricte interprétation et doivent être appliquées rigoureusement car les dispensateurs de soins collaborent à un service public, ce qui suppose un rapport de confiance notamment entre l'INAMI, les organismes assureurs et les dispensateurs de soins.

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

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

En conséquence, eu égard à l'expérience de Mme A. (indépendante en activité principale depuis 2012, maître de stage donc connaissant la réglementation), à l'absence d'antécédent, à l'importance de l'indu total (59.693,81 euros) et particulièrement de l'indu relatif aux prestations non effectuées (20.696,92 euros), au remboursement total de l'indu, le Fonctionnaire-dirigeant estime justifié le prononcé de l'amende suivante :

- une amende administrative s'élevant à 150 % du montant des prestations indues (31.045,38 euros) dont un tiers avec sursis de 3 ans, soit une amende effective de 20.696,92 euros pour le 1^{er} grief (article 142, § 1^{er}, 1^o de la loi ASSI coordonnée) ;
- une amende administrative s'élevant à 100% du montant des prestations indues (27.247,74 euros) dont la moitié (13.623,87 euros) avec sursis de 3 ans pour le 2^{ème} grief, soit une amende effective de 13.623,87 euros (article 142, § 1^{er}, 2^o de la loi ASSI coordonnée).

PAR CES MOTIFS,

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

APRES EN AVOIR DELIBERE,

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

- Déclare les griefs établis ;
- Condamne solidairement Madame A. et la SPRL B. à rembourser la valeur des prestations indues s'élevant à 59.693,81 euros et constate que cette somme a été remboursée;
- Condamne Madame A. à payer une amende de 150 % du montant des prestations indues (31.045,38 euros) dont un tiers avec sursis de 3 ans, soit une amende effective de 20.696,92 euros pour le 1^{er} grief (article 142, § 1^{er}, 1^o de la loi ASSI coordonnée) ;
- Condamne Madame A. à payer une amende de 100% du montant des prestations indues (27.247,74 euros) dont la moitié (13.623,87 euros) avec sursis de 3 ans pour le 2^{ème} grief, soit une amende effective de 13.623,87 euros (article 142, § 1^{er}, 2^o de la loi ASSI coordonnée) ;
- Dit qu'à défaut de paiement des sommes dues dans les trente jours de la notification de la présente décision, des intérêts au taux légal en matière sociale, tel que prévu à l'article 2, §3, de la loi du 5 mai 1865 relative au prêt à intérêt, seront dus, de plein droit, à compter de l'expiration du délai précité.

Ainsi décidé à Bruxelles.

Le Fonctionnaire-dirigeant,