

DECISION DU FONCTIONNAIRE-DIRIGEANT DU 7 MAI 2015
BRS/F/15-001

Concerne : **Madame A.**
Praticien de l'art infirmier
BRS/F/15-001
SPRL B.

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

Deux griefs ont été formulés concernant Madame A., suite à l'enquête menée par les inspecteurs du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI.

En résumé, il lui est reproché :

1.1. Premier grief

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.

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

En l'espèce, il s'agit des cas de 3 bénéficiaires au nom desquels des honoraires pour des prestations de soins infirmiers à domicile ont été portés en compte, alors que lesdites prestations n'ont pas été effectuées.

1.1.1. Base légale et réglementaire

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

C'est d'ailleurs la raison pour laquelle une « attestation de soins donnés » est établie et signée par le dispensateur de soins, selon la procédure définie à l'art. 53, alinéa 1^{er} de la loi ASSI coordonnée le 14/07/1994 qui dispose :

« Les dispensateurs de soins dont les prestations donnent lieu à une intervention de l'assurance sont tenus de remettre aux bénéficiaires ou, dans le cadre du régime du tiers payant, aux organismes assureurs, une attestation de soins ou de fournitures ou un document équivalent dont le modèle est arrêté par le Comité de l'assurance, où figure la mention des prestations effectuées; pour les prestations reprises à la nomenclature visée à l'article 35, § 1^{er}, cette mention est indiquée par le numéro d'ordre à ladite nomenclature ».

1.1.2. Prestations en cause

Code	Libellé	Lettre	Coeff
Chapitre III. Soins courants			
Section 4. Soins donnés par infirmières graduées ou assimilées, accoucheuses, infirmières brevetées, hospitalières/assistantes en soins hospitaliers ou assimilées			
Art. 8, § 1^{er}. Les prestations suivantes sont considérées comme des prestations qui requièrent la qualification d'infirmière graduée ou assimilée, d'accoucheuse, d'infirmière brevetée, d'hospitalière/assistante en soins hospitaliers ou assimilée, appelées ci-après praticiens de l'art infirmier (W)			
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 : - 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
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
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
Pseudonomenclature			
418913	Prestations de médecins et paramédicaux - Frais de déplacement : Frais de déplacement des praticiens de l'art infirmier et des accoucheuses : praticiens de l'art infirmier	N	06

1.1.3. Argumentation

Le grief se fonde sur les déclarations des bénéficiaires et sur les déclarations de Madame A..

Cas n° 1 : Madame C. (OA 128)

Durant la période du 25.01.2012 au 04.04.2013, Madame A. a porté en compte 244 frais de déplacement (418913 N 06), 23 premières prestations de base de semaine (425014 W 0,879), 23 toilettes de semaine (425110 W 1,167), 148 honoraires forfaitaires A de semaine (425272 W 3,825) ainsi que 8 premières prestations de base de WE (425412 W 1,206), 8 toilettes de WE (425515 W 1,754) et 65 honoraires forfaitaires A de weekend (425670 W 5,710).

Interrogée le 15.10.2013, la bénéficiaire a déclaré (Cf pièces 286 et 287).

« (...)Vous autorisez Madame D., ma belle-fille à assister à notre entretien et à intervenir au besoin.

J'aurai 81 ans le 1^{er} janvier prochain. Je vis seule dans une annexe de la maison de mon fils. (...)

Comme j'avais beaucoup de mal à me laver et à m'habiller, j'ai demandé à Madame A. de venir faire ma toilette. C'est elle qui avait soigné mon mari sur les fins, en 2009. Je ne connaissais pas d'autre infirmière, j'ai demandé l'avis du Dr. E. qui a été d'accord.

Elle a commencé à faire ma toilette vers la fin 2010 – début 2011 selon mes souvenirs. Elle est venue jusque début mars 2013.(...)

Concernant Madame A., elle venait 2 fois par semaine (sauf pendant les 20 jours qui ont suivi ma biopsie où là, elle venait chaque soir pour un suppositoire).

Elle venait le mardi et le vendredi, toujours le soir, entre 17 h et 20 h. Elle n'était pas très régulière ; si elle ne savait pas venir un jour, elle venait le lendemain.

Elle me faisait prendre la douche.(...)

En résumé, Madame A. est venue me faire 2 toilettes par semaine certainement depuis fin 2011. Elle n'a jamais fait une toilette par jour tous les jours. Elle venait le mardi et le vendredi, en fin de journée. C'était une toilette rapide sous la douche.

Ma belle fille vous confirme ce que je viens de dire. (...) »

Interrogée à ce propos le 14.01.2014, Madame A. a déclaré (Cf pièce 247) :

« (...)Vous me demandez ce que je pense de ces déclarations.

Je vous réponds : effectivement que j'ai facturé des soins d'hygiène tous les jours alors que je faisais en réalité 2 toilettes par semaine seulement. Là également je reconnais avoir facturé des prestations que je n'ai pas effectuées.(...)

En tout état de cause, vous estimez que seules deux toilettes par semaine étaient réellement effectuées et que par conséquent je devrai rembourser les toilettes attestées les autres jours de la semaine et introduites au remboursement en 2012 et début 2013.

Je suis d'accord avec votre point de vue ainsi que sur le remboursement des prestations qui m'ont été payées indument par les mutuelles.(...) »

Compte tenu des éléments de l'enquête, l'indu a été calculé sur base de 2 toilettes effectuées par semaine, les mardi et vendredi.

Le grief est formulé pour les prestations suivantes en tenant compte de la date des prestations :

Période du 02.11.2011 au 28.02.2013				
Prestations attestées et indues				
19	x	418913 à	1,74 €	soit 33,06 €
125	x	418913 à	1,76 €	soit 220,00 €
21	x	418913 à	1,81 €	soit 38,01 €
13	x	425014 à	3,49 €	soit 45,37 €
13	x	425110 à	4,93 €	soit 64,09 €
70	x	425272 à	16,19 €	soit 1.133,30 €
12	x	425272 à	16,64 €	soit 199,68 €
6	x	425412 à	4,87 €	soit 29,22 €
6	x	425515 à	7,42 €	soit 44,52 €
50	x	425670 à	24,28 €	soit 1.335,40 €
9	x	425670 à	24,96 €	soit 224,64 €
				Soit un indu total de 3.367,29 €

Cas n° 2 : Monsieur F. (OA 409)

Durant la période du 01.02.2012 au 04.09.2013, Madame A. a porté en compte 264 honoraires forfaitaires B de semaine (425294 W 7,371) ainsi que 115 honoraires forfaitaires B de weekend (425692 W 10,944).

Interrogé le 15.10.2013, le bénéficiaire a déclaré (Cf pièces 408 et 409) :

« (...)Mon infirmière est Madame A., je vous montre un cahier intitulé « cahier de liaison n°3 », on peut y lire « Infirmière Madame A. Madame A. est mon infirmière depuis au moins 5 ans. (...) »

Vous me faites remarquer dans le cahier infirmier que personne n'est venu me soigner avant-hier, dimanche. C'est vrai, les infirmières ne viennent jamais le dimanche, ça a toujours été. Je ne paie rien aux infirmières. Toutes les infirmières me font la même chose que Madame A. Le dimanche, je ne me lave pas, (...) »

Interrogée à ce propos le 14.01.2014, Madame A. a déclaré (Cf pièces 246 et 247) :

« (...)Vous me demandez si ces déclarations sont exactes.

Je vous réponds que c'est vrai, nous n'allons pas le dimanche mais pas depuis le début de sa prise en charge. Mais il est vrai que depuis 2 ou 3 ans nous n'y allons plus le dimanche parce qu'il se rend chez son fils ou qu'il reçoit sa famille et qu'il souhaite être tranquille ce jour là.

Je tiens à préciser que quand il a eu des problèmes cardiaques, avant qu'on lui place son pace-maker je lui dispensais des soins le dimanche.

En conséquence, vous considérez que les prestations que j'ai attestées le dimanche au nom de Monsieur F. n'ont pas été effectuées et que je devrai rembourser ces prestations.

Néanmoins, Madame G. a déclaré que Monsieur F. avait bénéficié de toilettes les dimanches qui ont précédé ses hospitalisations au Ces hospitalisations (26.09.2012 – 05.10.2012 et 03.12.2012 – 06.12.2012) étaient justifiées par une pathologie cardiaque ayant abouti à la mise en place d'un pace-maker le 03.12.2012.

Vous acceptez donc de considérer que les prestations de toilettes dominicales dans la période du 09.09.2012 au 06.12.2012 ont bien été dispensées.

Je suis tout à fait d'accord avec ce que vous venez de me dire et sur le fait que les soins facturés alors que je ne les ai pas effectués doivent être remboursés.(...) »

Compte tenu des éléments de l'enquête, l'indu a été calculé sur base d'une toilette non effectuée le dimanche, sauf les dimanches compris entre le 01.09.2012 et le 09.12.2012

puisque le Service considère que les prestations dominicales attestées dans les 3 mois qui ont précédé la mise en place d'un pace maker à Monsieur F. ont bien été effectuées.

Le grief est formulé pour les prestations suivantes en tenant compte de la date des prestations :

Période du 01.11.2011 au 27.12.2012				
Prestations attestées et indues				
1	x	425692 à	46,04 €	soit 46,04 €
16	x	425692 à	46,76 €	soit 748,16 €
28	x	425692 à	48,06 €	soit 1.345,68 €
				Soit un indu total de 2.139,88 €

Cas n° 3 : Madame H. (OA 317)

Durant la période du 31.10.2012 au 11.07.2013, Madame A. a porté en compte 235 frais de déplacement (418913 N 06), 166 honoraires forfaitaires A de semaine (425272 W 3,825) ainsi que 69 honoraires forfaitaires A de weekend (425670 W 5,710).

Interrogée le 15.10.2013, la bénéficiaire a déclaré (Cf pièces 305 et 306) :

« (...) Vous autorisez mon mari, Monsieur I., à assister à notre entretien et à intervenir au besoin. (...)

Le 03.04.2012, je suis tombée du trottoir. J'avais une plaie au crâne.

J'ai été emmenée en ambulance au J'ai été opérée pendant la nuit. J'avais une fracture de D12. Je vous montre le rapport du service des Urgences du 03.04.2012. Vous lisez que j'avais une fracture de D12 avec compression du cordon antérieur de la moelle.

Sur le rapport des soins intensifs du 08.04.2012, vous lisez que j'ai été opérée d'une arthrodèse D10 – D11 – D12 – L1 et d'une arthrodèse L3 – L4 – L5 (sur fracture de L4) ainsi que d'une laminectomie D12 pour décompression).

Je suis restée hospitalisée 46 jours et puis je suis revenue à mon domicile.

Je n'ai pas eu de réhabilitation pendant mon hospitalisation mais de la kiné. (...)

Dès mon retour de l'hôpital, j'ai eu une infirmière tous les jours jusqu'à la fin de l'année 2012.

A partir de janvier 2013, elle est venue 2 fois par semaine. Elle vient encore actuellement 2 fois par semaine, le lundi et le jeudi matin aux alentours de 10h – 10h15. Elle m'aide à monter dans la douche et elle me donne une douche. (...)

Je suis contente de Madame A. et de ses assistantes.

Vous me dites que vous allez m'interroger sur mon autonomie depuis le début 2013.

Pour me laver, je suis capable de me laver le haut du corps et à l'avant.

Je ne saurais pas me laver le bas ni le dos. Mon mari est obligé de me laver le bas du corps et le dos. Mes douleurs au dos sont tellement fortes que je ne sais plus me bouger. Je suis dans cet état-ci depuis le début de l'année.

Pour m'habiller j'ai besoin d'aide pour le bas du corps. Je ne saurais pas mettre les bas. C'est mon mari qui les met.

Pour me lever d'un fauteuil, il faut qu'on m'aide ou qu'il y ait des accoudoirs. Le mieux que je suis, c'est sur une chaise de jardin.

Pour me lever du lit, je dois m'appuyer sur la chaise qui est à côté.

Je dors à l'étage mais vous voyez qu'il y a un lit ici en bas. C'est pour la journée, pour me reposer.

Je monte les escaliers avec l'aide de mon mari ou de l'infirmière.

La salle de bains est à l'étage.

Je marche sans canne ni tribune. A l'intérieur je me tiens aux meubles.

Pour marcher dehors, je dois me tenir à mon mari.

Je vais seule à la toilette pendant la journée (le matin, avant de descendre, j'urine dans la chaise percée à l'étage). La toilette est au rez de chaussée. Il y a un rehausseur et des barres. Je sais enlever la culotte.

Je m'essuie seule mais difficilement. Je remets la culotte et les bas (qui sont baissés à mi-course).

Je n'ai pas de perte d'urine ni le jour ni la nuit. Je mets une protection par précaution. Il n'est jamais arrivé d'accident. Je ne perds pas les selles. J'ai juste été incontinente pour les urines quand j'étais en clinique.

Je prépare le repas depuis le début de l'année. Avant ça je me faisais livrer les repas à domicile. Je cuisine. Je mange seule. Je coupe seule la viande. Je sais ouvrir une bouteille et un bocal.

J'ai une aide ménagère qui vient 3 heures par semaine pour faire le nettoyage.

En résumé, mon état de santé actuel n'a pas évolué depuis le début de cette année ni en bien ni en mal. J'ai une infirmière qui vient 2 fois par semaine pour faire ma toilette sous la douche depuis le début 2013.

Elle vient le lundi et le jeudi. Avant elle venait tous les jours.

Mon mari vous confirme ce que je viens de vous dire.(...) »

Interrogée à ce propos le 14.01.2014, Madame A. a déclaré (Cf pièce 249) :

« (...)Vous me demandez ce que je pense de ces déclarations.

Je vous réponds que ces déclarations sont exactes et que ici aussi, comme dans le cas précédent j'ai porté en compte des soins quotidiens alors qu'en fait elle ne recevait que 2 douches par semaine en tout et pour tout. Là aussi j'ai perçu des honoraires payés par les mutuelles alors que je n'y avais pas droit dans la mesure où les soins n'ont pas été dispensés ; j'admets aussi que je devrai les rembourser.(...)

D'autre part, vous me demandez pourquoi je n'ai pas suivi la prescription du Dr. J. qui en date du 07.09.2012 estimait que l'état de santé de Madame H. nécessitait 2 toilettes par semaine. Vous me montrez une copie de cette prescription que je paraphé et vous me dites que je fais référence à cette prescription sur le document de l'échelle de Katz que j'ai remplie le 15.09.2012.

Je suis d'accord avec l'ensemble de ces considérations et j'admets que je devrai rembourser les prestations que j'ai attestées alors qu'elles n'ont pas été effectuées.(...) »

Compte tenu des éléments de l'enquête, l'indu a été calculé sur base de 2 toilettes effectuées par semaine, les lundi et jeudi et ce depuis le 07.09.2012.

Le grief est formulé pour les prestations suivantes en tenant compte de la date des prestations :

Période du 9.09.2012 au 28.06.2013				
Prestations attestées et indues				
47	x	418913 à	1,76 €	soit 82,72 €
59	x	418913 à	1,81 €	soit 106,79 €
29	x	425272 à	12,33 €	soit 357,57 €
37	x	425272 à	12,66 €	soit 468,42 €
18	x	425670 à	18,39 €	soit 331,02 €
22	x	425670 à	18,90 €	soit 415,80 €
				Soit un indu total de 1.762,32 €

1.1.4. Montant de l'indu

Prestations concernées par le grief											
Cas	Bénéficiaire	418913	425014	425110	425272	425294	425412	425515	425670	425692	Total
1	Madame C.	165	13	13	82		6	6	64		3.367,29 €
2	Monsieur F.									45	2.139,88 €
3	Madame H.	106			66				40		1.762,32 €
TOTAUX		271	13	13	148		6	6	104	45	7.269,49 €

Le grief est formulé pour 3 bénéficiaires et 606 prestations non effectuées, à savoir :

- 271 prestations de code 428913 N 06,
- 13 prestations de code 425014 W 0,879,
- 13 prestations de code 425110 W 1,167,
- 148 prestations de code 425272 W 3,825,
- 6 prestations de code 425412 W 1,206,
- 6 prestations de code 425515 W 1,754,
- 104 prestations de code 425670 W 5,710,
- 45 prestations de code 425692 W 10,944.

1.2. Deuxième grief

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.

En l'espèce, il s'agit de 3 cas de bénéficiaires au nom desquels des honoraires ont été portés en compte sur base d'une surévaluation de certains items de l'échelle d'évaluation de la dépendance physique.

1.2.1. Base légale et réglementaire

La base légale du grief repose sur la conjonction des articles 8 § 5, 1°, 8 § 6, 1°, 3°, 4°, 5°, 8° et les « directives pour l'utilisation de l'échelle d'évaluation ».

« (...) **Art. 8, § 5**, Précisions relatives aux honoraires forfaitaires visés à la rubrique II du § 1^{er}, 1°, 2° (...)

1° La dépendance physique visée à la rubrique II du § 1^{er}, 1°, 2° (...) est évaluée sur base de l'échelle d'évaluation reprise ci-après : (...)

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.

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) 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.
- (...)

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. (...)

Art. 8, § 6 Précisions relatives aux toilettes (prestations 425110, 425515, 425913) :

1° Seules les toilettes dispensées chez des bénéficiaires qui obtiennent des scores de minimum 2 au critère « se laver » de l'échelle d'évaluation mentionnée au § 5, 1°, peuvent être attestées. (...)

3° Dans le chef des bénéficiaires qui obtiennent des scores de minimum 2 au critère « se laver » de l'échelle d'évaluation mentionnée au § 5, 1° :

- un maximum de deux toilettes (425110 ou 425913) par semaine peuvent être attestées;
- aucune toilette 425515 ne peut être attestée

4° Pour les bénéficiaires:

- qui obtiennent des scores de minimum 2 pour les critères "se laver" et "s'habiller" et un score de minimum 2 pour le critère "continence" à la suite d'une combinaison de l'incontinence d'urine nocturne et de l'incontinence d'urine occasionnelle durant la journée ou un score 3 ou 4 pour le critère "continence" de l'échelle d'évaluation concernée, il peut être attesté une toilette par jour. Dans le cas d'une combinaison de l'incontinence d'urine nocturne et de l'incontinence d'urine occasionnelle durant la journée, l'observation de cette problématique est mentionnée dans le dossier infirmier et la déclaration correspondante sur le formulaire décrit au § 7 doit être cochée.

- qui obtiennent des scores de minimum 2 pour les critères "se laver et s'habiller" de l'échelle d'évaluation concernée et peuvent être considérés, sur base d'un certificat médical établi par le médecin traitant, conformément au modèle fixé par le Comité de l'assurance soins de santé sur proposition de la Commission de convention, comme des personnes désorientées dans le temps et l'espace, il peut être attesté une toilette par jour;

- qui obtiennent des scores de minimum 4 pour les critères "se laver et s'habiller" de l'échelle d'évaluation concernée, il peut être attesté une toilette par jour. (...)

5° Même lorsque les soins d'hygiène ont été prescrits par un médecin, ils ne peuvent être attestés que si le praticien de l'art infirmier constate que le bénéficiaire atteint le degré de dépendance requis pour la prestation concernée. (...)

8° La toilette comprend l'ensemble des soins infirmiers se rapportant à la globalité des soins d'hygiène y compris préventifs; elle se complète, le cas échéant, par la mobilisation du patient. (...)

Les cotations tiennent compte également des directives énoncées à ce propos par le Service des soins de santé et diffusées par le biais de la circulaire n° 2006/3 sous références 1240/OMZ-CIRC/INF-06-3F et d'application depuis le 1^{er} juillet 2006 ainsi que celles par le biais de la circulaire n° 2011/01 sous références 1240/OMZ-CIRC/INF-11-1-f et d'application depuis le 1er avril 2011.

« (...) **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

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

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 nycthémère, 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

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, (...) »

A noter que la circulaire n° 2011/01 sous références 1240/OMZ-CIRC/INF-11-1-f est d'application depuis le 1^{er} avril 2011 et est identique au texte ci-dessus, sauf en ce qui concerne le score 4 de l'item transfert et déplacement, complété par le texte suivant :

« (...) 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. (...) »

1.2.2. Prestations en cause

Code	Libellé	Lettre	Coeff
Chapitre III. Soins courants			
Section 4. Soins donnés par infirmières graduées ou assimilées, accoucheuses, infirmières brevetées, hospitalières/assistantes en soins hospitaliers ou assimilées			
Art. 8, § 1^{er}. Les prestations suivantes sont considérées comme des prestations qui requièrent la qualification d'infirmière graduée ou assimilée, d'accoucheuse, d'infirmière brevetée, d'hospitalière/assistante en soins hospitaliers ou assimilée, appelées ci-après praticiens de l'art infirmier (W)			
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 : - 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
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
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

1.2.3. Argumentation

Le grief se fonde sur les déclarations des bénéficiaires, sur l'évaluation au décours de chaque audition d'assuré du degré de dépendance physique, tel qu'il existait au moment des faits litigieux, ainsi que sur les déclarations de Madame A..

Une surévaluation de l'échelle de dépendance physique a été constatée chez 3 assurés.

Cas n°1 : Madame C. (OA 128)

Remarque préliminaire

L'ensemble des prestations portées en compte entre le 25.01.2012 et le 04.04.2013 par Madame A. a été détaillé au grief n°1.

Les prestations litigieuses qui ont fait l'objet du grief n°1 ne sont donc pas reprises dans le présent exposé.

Durant la période du 25.01.2012 au 04.04.2013, Madame A. a porté en compte 66 honoraires forfaitaires A de semaine (425272 W 3,825) ainsi que 2 premières prestations de base de WE (425412 W 1,206), 2 toilettes de WE (425515 W 1,754) et 1 honoraire forfaitaire A de weekend (425670 W 5,710).

Madame A. a complété l'échelle d'évaluation comme suit pour la période du 01.01.2011 au 31.12.2012 :

	20.12.2010	04.01.2012
Se laver	4	4
S'habiller	4	4
Transfert et déplacement	1	3
Aller à la toilette	1	2
Contenance	1	2
Manger	1	1

Interrogée le 15.10.2013, la bénéficiaire a déclaré (Cf pièce 287) :

« (...) Pour me laver je ne sais utiliser que la main droite. Je me lave comme un chat, je fais comme je peux.

Pour m'habiller, je fais comme je peux. Souvent Madame D., ma belle-fille m'aide, surtout le soutien-gorge et les bas. Il me faut ½ heure pour m'habiller.

Pour me lever du fauteuil, je m'appuie sur les accoudoirs et dès que je suis levée, je me tiens à la table. J'ai mon genou gauche qui lâche.(...)

Je dors au rez de chaussée. Je ne saurais monter que 2-3 escaliers, pas plus, et avec des difficultés.

Je sais me lever seule du lit mais je le fais en 2 fois.

Pour marcher je ne prends pas de canne ni de tribune mais je dois me tenir aux meubles à l'intérieur. A l'extérieur, si le terrain est plat, je n'ai pas besoin d'aide mais je suis toujours accompagnée.

Je vais à la toilette qui est munie d'un rehausseur. Il y a une barre.

Je parviens à enlever ma culotte difficilement. J'ai beaucoup de mal à m'essuyer et à remonter ma culotte.

Je n'ai pas de problème d'incontinence ; je ne porte pas de linge ni le jour ni la nuit.

Pour manger je parviens à me débrouiller. Je prépare mes repas à mon aise. Je coupe la viande seule. J'ai du mal à ouvrir une bouteille d'eau ou un bocal.(...) »

Sur base des déclarations de Madame C. en date du 15.10.2013, le service a établi l'échelle de Katz comme suit :

Se laver	2
S'habiller	2
Transfert et déplacement	1
Aller à la toilette	1
Continence	1
Manger	1

Aucun élément ne démontre une modification notable du degré d'autonomie de Madame C. au cours des deux dernières années.

Le service considère donc que l'échelle d'évaluation établie le 15.10.2013 reflète le degré d'autonomie de Madame C. depuis fin 2011.

Ce degré d'autonomie ne lui permettait en aucun cas de bénéficier de soins de toilette dans le cadre d'un forfait A depuis cette époque mais bien de 2 toilettes à l'acte par semaine.

Interrogée à ce propos le 14.01.2014, Madame A. a déclaré (Cf pièces 247 et 248) :

« (...) Je suis d'accord avec les scores que vous avez attribués au niveau de l'échelle de Katz pour cette patiente ainsi que sur le principe du remboursement d'un indu calculé par différence entre un forfait A et une toilette à l'acte avec prestation de base pour les jours où les soins ont été effectivement dispensés.(...) »

Le grief est formulé pour les prestations suivantes en tenant compte de la date des prestations :

Période du 01.11.2011 au 05.03.2013				
Prestations attestées et indues				
49	x	425272 à	16,19 €	soit 793,31 €
17	x	425272 à	16,64 €	soit 282,88 €
2	x	425412 à	4,87 €	soit 9,74 €
2	x	425515 à	7,42 €	soit 14,84 €
1	x	425670 à	24,96 €	soit 24,96 €
Prestations attestables				
2	x	425014 à	3,49 €	soit 6,98 €
49	x	425014 à	3,53 €	soit 172,97 €
48	x	425014 à	3,64 €	soit 65,52 €
2	x	425110 à	4,93 €	soit 9,86 €
49	x	425110 à	5,01 €	soit 245,49 €
18	x	425110 à	5,15 €	soit 92,70 €
Soit un indu total de 1.125,73 € - 593,52 € = 532,21 €				

Cas n°2 Madame H. (OA 317)

Remarque préliminaire

L'ensemble des prestations portées en compte entre le 31.10.2012 et le 11.07.2013 par Madame A. a été détaillé au grief n°1.

Les prestations litigieuses qui ont fait l'objet du grief n°1 ne sont donc pas reprises dans le présent exposé.

Durant la période du 31.10.2012 au 11.07.2013, Madame A. a porté en compte 38 honoraires forfaitaires A de semaine (425272 W 3,825) et 3 honoraires forfaitaires A de WE (425670 W 5,710).

Madame A. a complété l'échelle d'évaluation comme suit pour la période du 07.09.2012 au 31.12.2013 :

	07.09.2012 – 31.12.2012	01.01.2013 – 31.12.2013
Se laver	4	4
S'habiller	4	4
Transfert et déplacement	3	3
Aller à la toilette	2	2
Continence	1	1
Manger	1	1

Interrogée le 15.10.2013, la bénéficiaire a déclaré (Cf pièces 305 et 306) :

« (...) Vous autorisez mon mari, Monsieur I., à assister à notre entretien et à intervenir au besoin.(...)

Le 03.04.2012, je suis tombée du trottoir. J'avais une plaie au crâne.

J'ai été emmenée en ambulance au J'ai été opérée pendant la nuit. J'avais une fracture de D12. Je vous montre le rapport du service des Urgences du 03.04.2012. Vous lisez que j'avais une fracture de D12 avec compression du cordon antérieur de la moelle.

Sur le rapport des soins intensifs du 08.04.2012, vous lisez que j'ai été opérée d'une arthrodèse D10 – D11 – D12 – L1 et d'une arthrodèse L3 – L4 – L5 (sur fracture de L4) ainsi que d'une laminectomie D12 pour décompression).

Je suis restée hospitalisée 46 jours et puis je suis revenue à mon domicile.

Je n'ai pas eu de revalidation pendant mon hospitalisation mais de la kiné.(...)

Dès mon retour de l'hôpital, j'ai eu une infirmière tous les jours jusqu'à la fin de l'année 2012.

A partir de janvier 2013, elle est venue 2 fois par semaine. Elle vient encore actuellement 2 fois par semaine, le lundi et le jeudi matin aux alentours de 10h – 10h15. Elle m'aide à monter dans la douche et elle me donne une douche.(...)

Je suis contente de Madame A. et de ses assistantes.

Vous me dites que vous allez m'interroger sur mon autonomie depuis le début 2013.

Pour me laver, je suis capable de me laver le haut du corps et à l'avant.

Je ne saurais pas me laver le bas ni le dos. Mon mari est obligé de me laver le bas du corps et le dos. Mes douleurs au dos sont tellement fortes que je ne sais plus me bouger. Je suis dans cet état-ci depuis le début de l'année.

Pour m'habiller j'ai besoin d'aide pour le bas du corps. Je ne saurais pas mettre les bas. C'est mon mari qui les met.

Pour me lever d'un fauteuil, il faut qu'on m'aide ou qu'il y ait des accoudoirs. Le mieux que je suis, c'est sur une chaise de jardin.

Pour me lever du lit, je dois m'appuyer sur la chaise qui est à côté.

Je dors à l'étage mais vous voyez qu'il y a un lit ici en bas. C'est pour la journée, pour me reposer.

Je monte les escaliers avec l'aide de mon mari ou de l'infirmière.

La salle de bains est à l'étage.

Je marche sans canne ni tribune. A l'intérieur je me tiens aux meubles.

Pour marcher dehors, je dois me tenir à mon mari.

Je vais seule à la toilette pendant la journée (le matin, avant de descendre, j'urine dans la chaise percée à l'étage). La toilette est au rez de chaussée. Il y a un rehausseur et des barres. Je sais enlever la culotte.

Je m'essuie seule mais difficilement. Je remets la culotte et les bas (qui sont baissés à mi-course).

Je n'ai pas de perte d'urine ni le jour ni la nuit. Je mets une protection par précaution. Il n'est jamais arrivé d'accident. Je ne perds pas les selles. J'ai juste été incontinente pour les urines quand j'étais en clinique.

Je prépare le repas depuis le début de l'année. Avant ça je me faisais livrer les repas à domicile. Je cuisine. Je mange seule. Je coupe seule la viande. Je sais ouvrir une bouteille et un bocal.

J'ai une aide ménagère qui vient 3 heures par semaine pour faire le nettoyage.

En résumé, mon état de santé actuel n'a pas évolué depuis le début de cette année ni en bien ni en mal. J'ai une infirmière qui vient 2 fois par semaine pour faire ma toilette sous la douche depuis le début 2013.

Elle vient le lundi et le jeudi. Avant elle venait tous les jours.

Mon mari vous confirme ce que je viens de vous dire. (...) »

Sur base des déclarations de Madame H. en date du 15.10.2013, le service a établi l'échelle de Katz comme suit :

Se laver	2
S'habiller	2
Transfert et déplacement	1
Aller à la toilette	1
Continence	1
Manger	1

En date du 07.09.2012, le Dr. J., médecin généraliste traitant de Madame H., rédige une prescription dans laquelle il estime que l'état de santé de sa patiente nécessite 2 toilettes par semaine.

Cette prescription fait suite à une prescription du Dr. J. datée du 21.05.2012, dans laquelle il estime que l'état de santé de sa patiente nécessite une toilette quotidienne.

Aucun élément ne démontre une modification notable du degré d'autonomie de Madame H. au cours des deux dernières années.

Le service considère donc que l'échelle d'évaluation établie le 15.10.2013 reflète le degré d'autonomie de Madame H. depuis le 07.09.2012.

Ce degré d'autonomie ne lui permettait en aucun cas de bénéficier de soins de toilette dans le cadre d'un forfait A depuis cette époque mais bien de 2 toilettes à l'acte par semaine.

Interrogée à ce propos le 14.01.2014 , Madame A. a déclaré (Cf pièces 249 et 250) :

« (...) Par ailleurs sur base des déclarations de Madame H., vous avez établi en date du 15.10.2013 l'échelle de Katz comme suit :

Se laver	2
S'habiller	2
Transfert et déplacement	1
Aller à la toilette	1
Continence	1
Manger	1

Aucune modification notable du degré d'autonomie de Madame H. n'est intervenue depuis début 2013.

Vous considérez donc que l'échelle d'évaluation établie le 15.10.2013 reflète le degré d'autonomie de Madame H. certainement depuis début 2013.

Ces scores permettaient à Madame H. de bénéficier de 2 toilettes par semaine et non d'honoraires forfaitaires A comme je l'ai attesté en 2013 sur base de l'échelle de Katz complétée par mes soins pour la période du 01.01.2013 au 31.12.2013.

D'autre part, vous me demandez pourquoi je n'ai pas suivi la prescription du Dr. J. qui en date du 07.09.2012 estimait que l'état de santé de Madame H. nécessitait 2 toilettes par semaine. Vous me montrez une copie de cette prescription que je paraphe et vous me dites que je fais référence à cette prescription sur le document de l'échelle de Katz que j'ai remplie le 15.09.2012.

Je suis d'accord avec l'ensemble de ces considérations et j'admets que je devrai rembourser les prestations que j'ai attestées alors qu'elles n'ont pas été effectuées. (...) »

Le grief est formulé pour les prestations suivantes en tenant compte de la date des prestations :

Période du 09.09.2012 au 27.06.2013				
Prestations attestées et indues				
18	x	425272 à	12,33 €	soit 221,94 €
20	x	425272 à	12,66 €	soit 253,20 €
1	x	425670 à	18,39 €	soit 18,39 €
2	x	425670 à	18,90 €	soit 37,80 €
Prestations attestables				
19	x	425014 à	2,83 €	soit 53,77 €
22	x	425014 à	2,91 €	soit 64,02 €
19	x	425110 à	3,76 €	soit 71,44 €
22	x	425110 à	3,87 €	soit 85,14 €
Soit un indu total de 531,33 € - 274,37 € = 256,96 €				

Cas n°3 Madame K. (OA 317)

Durant la période du 30.04.2012 au 31.01.2013, Madame A. a porté en compte 110 honoraires forfaitaires B de semaine (425294 W 7,371) et 49 honoraires forfaitaires B de WE (425692 W 10,944).

Madame A. a complété l'échelle d'évaluation comme suit pour la période du 01.01.2012 au 31.12.2012

	04.01.2012
Se laver	4
S'habiller	4
Transfert et déplacement	3
Aller à la toilette	3
Continence	3

Manger	1
--------	---

Interrogée le 15.10.2013, la fille de la bénéficiaire déclare (Cf pièces 629 à 631) :

« (...) Maman ne se laverait pas si l'infirmière ne venait pas. En fait l'état de maman s'est fortement détérioré depuis janvier 2013. Avant janvier 2013, elle aurait pu laver le dessus, mais ses jambes ça fait 30 ans que je les lui lave. Avant janvier 2013, elle pouvait s'habiller, mais avec difficulté, surtout pour le bas. Depuis janvier 2013, elle ne peut plus s'habiller du tout. Dans la maison, elle peut se déplacer avec deux béquilles mais depuis janvier 2013 c'est plus difficile. Elle peut se lever du lit seule, mais elle a un lit électrique. Elle a une chaise percée dans sa chambre, elle fait tous ses besoins sur cette chaise percée. De la journée, je viens, voir 5-6 fois le matin, 5-6 x l'après-midi, mais elle reste seule toute la journée. Elle est donc autonome pour tous ses déplacements. Il n'y a eu qu'une période au début de l'année où elle ne pouvait plus se relever de son fauteuil, donc ça posait problème puisqu'elle doit rester seule la journée, donc elle est allée deux semaines à Quand elle en est revenue, elle était de nouveau autonome pour ses déplacements, pour se lever du lit et du fauteuil, ce qui est resté stable depuis. Avant janvier 2013, elle venait encore sur notre WC commun où il y avait une poignée. Elle était autonome pour se rhabiller et s'essuyer, mais quand ses problèmes aux bras sont survenus, elle ne pouvait plus s'essuyer. Quand elle est revenue de M., elle pouvait de nouveau s'essuyer elle-même. Elle est incontinente pour les urines, surtout le matin, pas pour les selles. La journée, elle ne porte pas de protection, elle n'en porte que la nuit. Depuis quelques années, je prépare les repas pour maman, mais depuis qu'elle est revenue de M., c'est la maison de retraite H. qui apporte les repas et qui vient nettoyer. Maman peut encore couper sa viande, disons que je l'aide un peu. Elle sert l'eau et le café elle-même, ses tartines sont coupées, mais elle ne prépare rien elle-même. (...) »

Sur base des déclarations de l'assurée, le service a établi l'échelle de Katz comme suit pour l'année 2012 :

Se laver	3
S'habiller	3
Transfert et déplacement	2
Aller à la toilette	3
Continence	1
Manger	2

Il ressort des déclarations de Madame L. que l'état de santé de Madame K. s'est détérioré depuis début 2013.

L'échelle d'évaluation établie le 15.10.2013 par le service reflète le degré d'autonomie de Madame K. pendant toute l'année 2012.

Ce degré d'autonomie ne lui permettait pas de bénéficier en 2012 de soins de toilette dans le cadre d'un forfait B mais bien dans le cadre d'un forfait A.

Interrogée à ce propos le 25.11.2013, Madame A. a déclaré (Cf pièces 250 et 251) :

« (...) Vous me demandez ce que je pense de ces déclarations.

Elles sont correctes dans l'ensemble mais je vous certifie que je lui lave les jambes depuis que je l'ai prise en charge. De plus je précise que certains jours elle a des diarrhées et comme elle est lente elle doit porter une protection qui est souillée environ 4 fois par semaine. (...) »

Je suis d'accord avec les cotations que vous avez attribuées chez elle pour la situation de 2012 ; nous avons d'ailleurs relu ensemble les directives pour l'utilisation des échelles de Katz, notamment, en ce qui concerne la rubrique déplacement où j'admets que ma cotation aurait dû être 2 et pas 3. (...) »

Le grief est formulé pour les prestations suivantes en tenant compte de la date des prestations :

Période du 02.02.2012 au 31.12.2012				
Prestations attestées et indues				
21	x	425294 à	28,50 €	soit 598,50 €
89	x	425294 à	31,42 €	soit 2.796,38 €
9	x	425692 à	42,30 €	soit 380,70 €
40	x	425692 à	46,76 €	soit 1870,40 €
Prestations attestables				
21	x	425272 à	12,33 €	soit 258,93 €
89	x	425272 à	16,19 €	soit 1.440,91 €
9	x	425670 à	18,39 €	soit 165,51 €
40	x	425670 à	24,28 €	soit 971,20 €
Soit un indu total de 5.645,98 € - 2.836,55 € = 2.809,43 €				

1.2.4. Montant de l'indu

Prestations concernées par le grief								
Cas	Bénéficiaire	425272	425294	425412	425515	425670	425692	Total
1	Madame C.	66		2	2	1		532,21 €
2	Madame H.	38				3		256,96 €
3	Madame K.		110				49	2.809,43 €
TOTALS		104	110	2	2	4	49	
							271	3.598,60 €

Le grief est formulé pour 3 bénéficiaires et 271 prestations non conformes, à savoir :

- 04 prestations de code 425272 W 3,825 ;
- 110 prestations de code 425294 W 7,371 ;
- 2 prestations de code 425412 W 1,206 ;
- 2 prestations de code 425515 W 1,754 ;
- 4 prestations de code 425670 W 5,710 ;
- 49 prestations de code 425692 W 10,944.

2. DISCUSSION

2.1. Quant au fondement des griefs

2.1.1. Quant au premier grief

Il ressort du dossier que les éléments matériels et constitutifs du premier grief relatif à des prestations non effectuées sont réunis et prouvés.

Lors de son audition du 14 janvier 2014, Madame A. a reconnu les faits qui lui sont reprochés :

« **Monsieur F.** - OA 409

Nous lisons ensemble ce que Monsieur F. vous a déclaré le 15 octobre 2013 :

(...)

Mon infirmière est Madame A., je vous montre un cahier intitulé « cahier de liaison n°3 », on peut y lire « Infirmière Madame A. ». Madame A. est mon infirmière depuis au moins 5 ans.

(...)

Vous me faites remarquer dans le cahier infirmier que personne n'est venu me soigner avant-hier, dimanche. C'est vrai, les infirmières ne viennent jamais le dimanche, ça a toujours été. Je ne paie rien aux infirmières. Toutes les infirmières me font la même chose qu'A. Le dimanche, je ne me lave pas, (...)

Vous me demandez si ces déclarations sont exactes.

Je vous réponds que c'est vrai, nous n'allons pas le dimanche mais pas depuis le début de sa prise en charge. Mais il est vrai que depuis 2 ou 3 ans nous n'y allons plus le dimanche parce qu'il se rend chez son fils ou qu'il reçoit sa famille et qu'il souhaite être tranquille ce jour là.

Elle n'a pas adressé de moyens de défense et ne conteste donc pas les griefs qui lui sont reprochés. (...)

Je suis tout à fait d'accord avec ce que vous venez de me dire et sur le fait que les soins facturés alors que je ne les ai pas effectués doivent être remboursés.

Madame C. – OA 128

(...)

Vous me demandez ce que je pense de ces déclarations.

Je vous réponds : effectivement que j'ai facturé des soins d'hygiène tous les jours alors que je faisais en réalité 2 toilettes par semaine seulement. Là également je reconnais avoir facturé des prestations que je n'ai pas effectuées.

(...)

Je suis d'accord avec votre point de vue ainsi que sur le remboursement des prestations qui m'ont été payées indument par les mutuelles.

(...)

Madame H. - OA 317.

(...)

Vous me demandez ce que je pense de ces déclarations.

Je vous réponds que ces déclarations sont exactes et que ici aussi, comme dans le cas précédent j'ai porté en compte des soins quotidiens alors qu'en fait elle ne recevait que 2 douches par semaine en tout et pour tout. Là aussi j'ai perçu des honoraires payés par les mutuelles alors que je n'y avais pas droit dans la mesure où les soins n'ont pas été dispensés ; j'admets aussi que je devrai les rembourser ».

Elle n'a pas adressé de moyens de défense et ne conteste donc pas les griefs qui lui sont reprochés.

Par conséquent, au regard de tous les éléments recueillis lors de l'enquête, le premier grief est bien établi.

2.1.2. Quant au deuxième grief

Il ressort du dossier que les éléments matériels et constitutifs du deuxième grief relatif à des prestations non conformes sont réunis et prouvés.

Lors de son audition du 14 janvier 2014, Madame A. a reconnu les faits qui lui sont reprochés.

« **Madame C.** – OA 128

(...)

Je suis d'accord avec les scores que vous avez attribués au niveau de l'échelle de Katz pour cette patiente ainsi que sur le principe du remboursement d'un indu calculé par différence entre un forfait A et une toilette à l'acte avec prestation de base pour les jours où les soins ont été effectivement dispensés.

Madame H. - OA 317.

(...) Par ailleurs sur base des déclarations de Madame H., vous avez établi en date du 15.10.2013 l'échelle de Katz comme suit :

Se laver		2
S'habiller		2
Transfert	et	1
déplacement		
Aller à la toilette		1
Continence		1
Manger		1

Aucune modification notable du degré d'autonomie de Madame H. n'est intervenue depuis début 2013.

Vous considérez donc que l'échelle d'évaluation établie le 15.10.2013 reflète le degré d'autonomie de Madame H. certainement depuis début 2013.

Ces scores permettaient à Madame H. de bénéficier de 2 toilettes par semaine et non d'honoraires forfaitaires A comme je l'ai attesté en 2013 sur base de l'échelle de Katz complétée par mes soins pour la période du 01.01.2013 au 31.12.2013.

D'autre part, vous me demandez pourquoi je n'ai pas suivi la prescription du Dr. J. qui en date du 07.09.2012 estimait que l'état de santé de Madame H. nécessitait 2 toilettes par semaine. Vous me montrez une copie de cette prescription que je paraphe et vous me dites que je fais référence à cette prescription sur le document de l'échelle de Katz que j'ai remplie le 15.09.2012.

Je suis d'accord avec l'ensemble de ces considérations et j'admets que je devrai rembourser les prestations que j'ai attestées alors qu'elles n'ont pas été effectuées.

Madame K. - OA 317.

(...)

Je suis d'accord avec les cotations que vous avez attribuées chez elle pour la situation de 2012 ; nous avons d'ailleurs relu ensemble les directives pour l'utilisation des échelles de Katz, notamment, en ce qui concerne la rubrique déplacement où j'admets que ma cotation aurait dû être 2 et pas 3 ».

Elle n'a pas adressé de moyens de défense et ne conteste donc pas les griefs qui lui sont reprochés.

Par conséquent, au regard de tous les éléments recueillis lors de l'enquête, le deuxième grief est bien établi.

2.2. Quant à l'indu

Les deux griefs ont entraîné des débours indus dans le chef de l'assurance obligatoire soins de santé.

Le tableau récapitule les demandes formulées par le service :

Grief	Résumé du grief	Codes NPS	Nbre prestations	Nbre cas	Indu	Remb. volontaire
1. Non effectué (PVC 20.01.2014)	Prestations non effectuées	428913 N06	271	3	7.269,49 €	4.368,09 €
		425014 W0,879	13			
		425110 W1,167	13			
		425272 W3,825	148			

Grief	Résumé du grief	Codes NPS	Nbre prestations	Nbre cas	Indu	Remb. volontaire
		425412 W1,206	6			
		425515 W1,754	6			
		425670 W5,710	104			
		425692 W10,944	45			
2. Non conforme (PVC 20.01.2014)	Surcotation des échelles d'évaluation	425272 W3,825	104	3	3.598,60 €	0,00 €
		425294 W7,371	110			
		425412 W1,206	2			
		425515 W1,754	2			
		425670 W5,710	4			
		425692 W10,944	49			
Totaux					10.868,09 €	4.868,09 €
Indu résiduel					6.500 €	

Pour ces griefs, l'indu total a été évalué à 10.868,09 €.

Concernant la ventilation de l'indu avant et après le 18/03/2012, il est renvoyé à la note de synthèse (p. 22/22).

En date du 29.01.2014, Madame A. a signé une déclaration de remboursement volontaire de l'indu – 10.868,09 € (Cf pièces 1076 et 1077)

Eu égard au fait que les deux griefs sont déclarés fondés, Madame A. et la SPRL B. sont solidairement tenues par le remboursement de l'indu, en application des articles 142, §1^{er}, 1^o et 2^o et 164, alinéa 2 de la loi ASSI coordonnée le 14/07/1994, soit la somme de 10.868,09 €.

Le Fonctionnaire dirigeant constate que :

- les 17/03/2014, 20/03/2015 et 23/04/2015, Madame A. et la SPRL B. ont procédé au remboursement partiel de l'indu, à hauteur de 4.368,09 € ;

- qu'il revient à Madame A. et la SPRL B. de rembourser l'indu résiduel, à savoir 6.500 €.

2.3. Quant à l'amende

2.3.1. Quant au régime juridique de l'amende administrative

Concernant le régime légal de l'amende administrative, il y a lieu de constater que plusieurs lois se sont succédé dans le temps depuis la date des prestations en cause.

- jusqu'au 1^{er} juillet 2011 :

- pour le grief n°1 (prestations non effectuées – non fournies) : remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé et une amende administrative comprise entre 50 % et 200 % du montant de la valeur des prestations concernées (article 73bis, 1^o et article 142, § 1^{er}, 1^o, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994) ;
- pour le grief n°2 (prestations non conformes) : remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé et une amende administrative comprise entre 5 % et 150 % du montant de la valeur des

prestations concernées (article 73bis, 2° et article 142, §1^{er}, 2°, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994).

- **à partir du 1er juillet 2011**, la loi du 6 juin 2010 introduisant le Code pénal social (M.B. du 1er juillet 2010, p. 43712), entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2011 (article 111 de la loi du 6 juin 2010), a prévu que la sanction applicable aux dispensateurs de soins (article 225,3° du C.P.S.) consistait soit en une amende pénale de 50 à 500 €, soit en une amende administrative de 25 à 250 € (article 101 du CPS), à majorer des décimes additionnels (article 102 du CPS).

Quant aux décimes additionnels, les articles 2 et 3 de la loi du 28 décembre 2011 portant des dispositions diverses en matière de justice (M.B. du 30 décembre 2011, Ed 4, p. 81669) ont modifié la loi du 5 mars 1952 relative aux décimes additionnels en les portant à 50 au lieu de 45. Les prestations en cause ont été réalisées antérieurement et postérieurement à l'entrée en vigueur de ces nouvelles dispositions légales (le 1^{er} janvier 2012), de sorte qu'il y a lieu d'appliquer 50 décimes additionnels.

- **à partir du 18 mars 2012 :**

La loi du 15 février 2012 (M.B. du 8 mars 2012, p. 14.267) a toutefois abrogé l'article 225, 3° du Code pénal social et a modifié l'article 169 de la loi ASSI coordonnée en précisant que :

« Les infractions sont sanctionnées conformément au Code pénal social, à l'exception des infractions à charge des dispensateurs de soins et des personnes assimilées définies à l'article 2,n), visées et poursuivies conformément aux articles 73, 73 bis, 138 à 140, 142 à 146 bis, 150, 156, 164 et 174. »

La loi du 15 février 2012 est entrée en vigueur le dixième jour suivant celui de sa publication au Moniteur belge, soit le **18 mars 2012**.

Dès lors, depuis le 18 mars 2012, les mesures prévues à l'articles 142, §1^{er} de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 sont de nouveau d'application, à savoir :

- pour le grief n°1 (prestations non effectuées – non fournies) : remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé et une amende administrative comprise entre 50 % et 200 % du montant de la valeur des prestations concernées (article 73bis, 1° et article 142, § 1^{er}, 1°, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994) ;
- pour les griefs n°2 (prestations non conformes) : remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé et une amende administrative comprise entre 5 % et 150 % du montant de la valeur des prestations concernées (article 73bis, 2° et article 142, §1^{er}, 2°, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994).

2.3.2. Quant à l'amende administrative

Les griefs 1 et 2 couvrent des prestations exécutées entre le 01/11/2011 et le 31/08/2013 (introduction aux OA entre le 25/01/2012 et le 04/09/2013).

En conséquence, les dispositions applicables à Madame A. sont les suivantes :

- **pour les prestations effectuées entre le 01/11/2011 et le 17/03/2012 :**
 - o au titre du grief n°1, amende administrative de niveau 2 prévue à l'article 101 du Code pénal social (à majorer des décimes additionnels prévus à l'article 102 du code pénal social) ;
 - o au titre du grief 2, amende administrative de niveau 2 prévue à l'article 101 du Code pénal social (à majorer des décimes additionnels prévus à l'article 102 du code pénal social).
- **pour les prestations effectuées entre le 18 mars 2012 et le 31/08/2013 :**
 - o au titre du grief n°1, amende administrative comprise entre 50 % et 200 % du montant de la valeur des prestations concernées ;
 - o au titre du grief n°2, amende administrative comprise entre 5% et 150% du montant de la valeur des prestations concernées.

L'attestation de prestations non effectuées est l'infraction la plus grave qui puisse être constatée par le Service de l'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 alors qu'elle ne les avait pas réalisées, Madame A. a méconnu les obligations qui lui incombait en sa qualité de dispensateur de soins et n'a pas fait preuve de professionnalisme.

Compte tenu du nombre très important de prestations non effectuées attestées par Madame A. (606 prestations), de la longueur de la période concernée (introduction aux organismes assureurs de janvier 2012 à septembre 2013) et du caractère élevé de l'indu en cause (7.269,49 euros), Madame A. a clairement spolié les deniers de l'assurance soins de santé et donc de la collectivité, ce qui justifie l'application de la sanction la plus haute.

Par ailleurs, **concernant l'attestation de prestations non conformes**, le législateur a encadré de manière très précise les possibilités d'attester des soins infirmiers, afin d'éviter les abus qui pourraient découler d'une utilisation négligente notamment de l'évaluation de l'état de dépendance physique des patients.

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 repose sur un rapport de confiance notamment entre l'INAMI, les organismes assureurs et les dispensateurs de soins.

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

Il n'appartient pas aux dispensateurs de soins de faire une interprétation personnelle ou d'opportunité de la réglementation.

S'ils ne s'y conforment pas, ils brisent ce rapport de confiance et mettent en péril l'équilibre des deniers publics, ne permettant pas de vérifier l'existence d'une infraction.

En ne respectant pas notamment les conditions réglementaires relatives à l'évaluation de l'état de dépendance physique, Madame A. a manqué à ses obligations légales en tant que dispensateur de soins.

Dans ces conditions, et au regard de l'expérience de Madame A. dans le domaine des soins infirmiers (diplômée en 2002) il convient de prononcer une amende administrative à sa charge :

- pour la période allant jusqu'au 17 mars 2012 :
 - au titre du grief n°1 : 192 € (article 225, 3° et 101 du code pénal social) à majorer des décimes additionnels (article 102 du CPS), soit $192 \times 6 = 1.152$ €.
 - au titre du grief n°2 : 60 € (article 225, 3° et 101 du code pénal social) à majorer des décimes additionnels (article 102 du CPS), soit $60 \times 6 = 360$ €.
- pour la période à partir du 18 mars 2012 :
 - au titre du grief n°1 : 150% du montant à rembourser (LC 14.07.1994, art. 142, §1^{er}, 1°), soit 9.749,71 € (indu de 6.499,81 €).
 - au titre du grief n°2 : 100% du montant à rembourser (LC 14.07.1994, art. 142, §1^{er}, 2°), soit 3.240,85 € (indu de 3.240,85 €).

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

Compte tenu de l'ampleur des prestations non effectuées, il est décidé que cette mesure ne vise que les griefs de non-conformité. Pour fixer le quantum de cette sanction, il convient cependant de tenir compte de l'absence d'antécédents dans le chef de l'intéressée. Cela justifie que la sanction soit assortie d'une mesure de sursis partiel, la sanction effective devant rappeler à l'intéressée l'importance de la faute commise, et celle avec sursis devant l'inciter à rectifier, pour l'avenir, sa pratique dans un sens conforme à la réglementation et aux exigences de son art.

Il est dès lors justifié de prononcer, dans le chef de Madame A., une amende administrative de :

- pour les prestations non effectuées jusqu'au 17.03.2012 : 1.152 € sans mesure de sursis ;
- pour les prestations non effectuées à compter du 18.03.2012 : 9.749,71 € sans mesure de sursis ;
- pour les prestations non conformes jusqu'au 17.03.2012 : 360 €, dont la moitié est assortie d'un sursis de trois ans, soit une amende effective de 180 € et une amende assortie d'un sursis de 180 € ;
- pour les prestations non conformes à partir du 18.03.2012 : 3.240,85 €, dont la moitié est assortie d'un sursis de trois ans, soit une amende effective de 1.620,42 € et une amende assortie d'un sursis de 1.620,42 €.

PAR CES MOTIFS,

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

APRES EN AVOIR DELIBERE,

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

- Déclare établis les deux griefs formulés pour tous les cas cités à la note de synthèse ;
- Condamne solidairement Madame A. et la SPRL B. à **rembourser la valeur des prestations indues s'élevant à 10.868,09 €** ;
- Constate que le remboursement de la valeur des prestations indues est intervenu de manière partielle les 17/03/2014, 20/03/2015 et 23/04/2015 à hauteur de 4.368,09 € ;
- Constate qu'il revient à Madame A. et à la SPRL B. de rembourser le solde restant dû, soit la somme de 6.500 € au titre de la valeur des prestations indues ;
- Condamne Madame A. à payer une amende administrative en raison de l'infraction relative aux prestations non effectuées jusqu'au 17/03/2012 de 192 € à majorer des décimes additionnels, **soit une amende administrative de 1.152 €**.
- Condamne Madame A. à payer une amende administrative en raison de l'infraction relative aux prestations non effectuées à partir du 18/03/2012 de 150% du montant de l'indu, **soit une amende administrative de 9.749,71 €** ;
- Condamne Madame A. à payer une amende administrative en raison de l'infraction relative aux prestations non conformes jusqu'au 17/03/2012 de 60 € à majorer des décimes additionnels, soit une amende administrative de 360 €, dont la moitié est assortie d'un sursis de trois ans, **soit une amende effective de 180 €** et une amende assortie d'un sursis de 180 € ;
- Condamne Madame A. à payer une amende administrative en raison de l'infraction relative aux prestations non conformes, à partir du 18/03/2012, de 100% du montant de l'indu, soit une amende administrative de 3.240,85 €, dont la moitié est assortie d'un sursis de trois ans, **soit une amende effective de 1.620,42 €** et une amende assortie d'un sursis de 1.620,42 €.

Ainsi décidé à Bruxelles, le 07 mai 2015

Le Fonctionnaire – dirigeant,

Dr Bernard HEPP
Médecin-directeur général