

**DECISION DU FONCTIONNAIRE-DIRIGEANT 8 juillet 2013**  
**Numéro de rôle : BRS/F/13-007**

**Madame A.**  
**Praticiens de l'art infirmier**  
**ET**

**La 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**

Trois griefs ont été formulés à l'encontre de 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<sup>er</sup> grief : Prestations non effectuées**

Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer des documents réglementaires visés dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 ou ses arrêtés d'exécution lorsque les prestations n'ont pas été effectuées ou fournies au sens de l'article 73bis 1°.

Ces faits sont constitutifs d'infraction visée à l'article 73 bis 1° de la Loi ASSI coordonnée le 14 juillet 1994 et relèvent des dispositions de l'article 142, § 1er, 1° de la même loi.

➤ **Prestations en cause.**

Les prestations litigieuses relèvent de l'article 8 §1er 1<sup>o</sup> II, 2<sup>o</sup> I II de la Nomenclature des prestations de santé.

|  |  |        |
|--|--|--------|
| <b>Chapitre III. Soins courants</b>  |  |        |
| <b>Section 4. Soins donnés par infirmières graduées ou assimilées, accoucheuses, infirmières brevetées, hospitalières/assistantes en soins hospitaliers ou assimilées</b>  |  |        |
| <b>Art. 8, § 1<sup>er</sup>. 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)</b> |  |        |
| <b>1° Prestations effectuées au cours d'une séance de soins infirmiers au domicile ou à la résidence du bénéficiaire</b>   |  |        |
| <b>I. Séance de soins infirmiers</b>   |  |        |
| <b>A. Prestation de base</b>   |  |        |
| 425014   | Première prestation de base de la journée de soins | W0,879 |
| <b>B. Prestations techniques de soins infirmiers</b>   |  |        |

|  |  |         |
|--|--|---------|
| 425110   | Soins d'hygiène (toilettes)  | W1,167  |
| <b>II. Honoraires forfaitaires par journée de soins pour des patients lourdement dépendants</b>  |  |         |
| 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:<br>- dépendance pour le critère se laver et le critère s'habiller (score 3 ou 4), et<br>- dépendance pour le critère transfert et déplacements et/ou le critère aller à la toilette (score 3 ou 4)   | W3,825  |
| 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:<br>- dépendance pour le critère se laver et le critère s'habiller (score 3 ou 4), et<br>- dépendance pour le critère transfert et déplacements et le critère aller à la toilette (score 3 ou 4), et<br>- dépendance pour le critère continence et/ou pour le critère manger (score 3 ou 4) | W7,371  |
| <b>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> |  |         |
| <b>I. Séance de soins infirmiers</b>   |  |         |
| <b>A. Prestation de base</b>   |  |         |
| 425412   | Première prestation de base de la journée de soins   | W1,206  |
| <b>B. Prestations techniques de soins infirmiers</b>   |  |         |
| 425515   | Soins d'hygiène (toilettes)  | W1,754  |
| <b>II. Honoraires forfaitaires par journée de soins pour des patients lourdement dépendants</b>  |  |         |
| 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:<br>- dépendance pour le critère se laver et le critère s'habiller (score 3 ou 4), et<br>- dépendance pour le critère transfert et déplacements et/ou le critère aller à la toilette (score 3 ou 4)   | W5,710  |
| 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:<br>- dépendance pour le critère se laver et le critère s'habiller (score 3 ou 4), et<br>- dépendance pour le critère transfert et déplacements et le critère aller à la toilette (score 3 ou 4), et<br>- dépendance pour le critère continence et/ou pour le critère manger (score 3 ou 4) | W10,944 |

➤ Base réglementaire

Elle 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 1er 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, § 1er, cette mention est indiquée par le numéro d'ordre à ladite nomenclature. (...) »

S'agissant des honoraires forfaitaires, il convient de préciser que la nomenclature érige la réalisation des soins d'hygiène en condition indispensable à leur attestabilité de la manière suivante :

« (...) **Art. 8, § 5.** *Précisions relatives aux honoraires forfaitaires visés à la rubrique II du § 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup>, 2<sup>o</sup>(...)*  
**3°** Les honoraires forfaitaires, visés à la rubrique II du § 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup>, 2<sup>o</sup>(...) ne peuvent être attestés que si les conditions suivantes sont réalisées :  
**a)** pour chaque bénéficiaire dans le chef duquel des honoraires forfaitaires visés à la rubrique II du § 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup>, 2<sup>o</sup>(...) ont été attestés, une toilette (prestations 425110, 425515 ou 425913) par journée de soins a été effectuée [texte applicable au 01/10/2007] à l'exception des honoraires forfaitaires PP ; (...) »

La prestation de toilette a également fait l'objet d'une question parlementaire (question 87 posée le 14 avril 1986 par Monsieur le Sénateur CLIPPELE - Bulletin n° 20, Sénat, session ordinaire 1985-1986, p. 1096 - Bulletin d'information INAMI 1986/4 page 259 et suivantes) relative au contenu de la toilette ; la réponse est la suivante :

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

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

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

*Ces soins se complètent par l'observation, la surveillance, la prévention, la mobilisation du malade, l'éducation sanitaire de celui-ci et de son entourage (...)"*

Une récente jurisprudence de la CR en date du ... (E ... n° de rôle ...) précise en outre ce que doivent comprendre ces soins d'hygiène :

« (...) Madame G. a signé et délivré des attestations de soins donnés pour des prestations qui requièrent la qualification d'infirmière au vu de l'article 8 de la nomenclature des soins de santé, à savoir principalement les prestations reprises dans la nomenclature sous les codes 425294 et 425692 soit des honoraires forfaitaires, dit forfaits B, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de santé de dépendance physique répond à trois critères : dépendance pour se laver et s'habiller, dépendance pour se déplacer et aller à la toilette et dépendance pour incontinence et/ou pour manger.

*Les honoraires forfaitaires B ne peuvent être attestés que si par journée de soins une toilette a été effectuée. La toilette doit comprendre l'ensemble des soins infirmiers se rapportant à la globalité des soins d'hygiène y compris préventif; elle se complète, le cas échéant par la mobilisation du patient. La toilette doit comprendre les soins d'hygiène, soit le bain, les soins de bouche, des dents, des ongles et de la chevelure.*

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

D'autre part, l'article 8 § 4 de la nomenclature lie l'attestabilité de la prestation de base à celle d'une prestation technique de soins infirmiers en ces termes :

« (...) **§ 4.** *Précisions relatives aux prestations visées à la rubrique I du § 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup>, 2<sup>o</sup>, 3<sup>o</sup> et 4<sup>o</sup> :*

**1°** La prestation de base, visée à la rubrique I, A du § 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup>, 2<sup>o</sup>, 3<sup>o</sup> et 4<sup>o</sup> 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 § 1<sup>er</sup>, 3<sup>o</sup> et 4<sup>o</sup>.

**3°** Les prestations de base visées à la rubrique I, A du § 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup>, 2<sup>o</sup>, 3<sup>o</sup> et 4<sup>o</sup> ne peuvent être portées en compte que si on atteste soit une ou plusieurs prestations techniques de soins infirmiers visées à la rubrique I, B du § 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup>, 2<sup>o</sup>, 3<sup>o</sup> et 4<sup>o</sup> à l'exception des prestations 424395, 424690 et 424852, soit une ou plusieurs prestations techniques spécifiques de soins infirmiers visées à la rubrique III du § 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup>, 2<sup>o</sup>, et 3<sup>o</sup>. (...) »

### ➤ Nombre de prestations

Pour la période du 04-06-2010 au 31-03-2011 (date des prestations), 222 prestations relatives à 3 assurés et ventilées comme suit : 20 x 425412 W1,206 ; 20 x 425515 W1,754 ; 19 x 425272

W3,825 ; 66 x 425294 W7,371 ; 49 x 425670 W5,710 et 48 x 425692 W10,944 ont été portées indûment en compte à l'assurance pour un montant total de 5.109,79 €.

Ces prestations ont été introduites auprès des organismes assureurs entre le 31/07/2010 et le 31/03/2011.

➤ Indu 1<sup>er</sup> grief : **5.109,79 €.**

## **2<sup>ème</sup> grief : Prestations non conformes**

Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer des documents réglementaires visés dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans ladite loi, ses arrêtés d'exécution ou les conventions ou accords conclus en vertu de cette même loi, au sens de l'article 73bis 2°;

Ces faits sont constitutifs d'infraction visée à l'article 73 bis 2° de la Loi ASSI coordonnée le 14 juillet 1994 et relèvent des dispositions de l'article 142, § 1er, 2° de la même loi.

En l'espèce, il s'agit d'honoraires forfaitaires ne répondant pas à la condition d'attestabilité énoncée à l'article 8 §5, 3° de la NPS dans la mesure où ce qui a été effectué n'est pas un soin d'hygiène (toilette) complet comme exigé par cette réglementation mais seulement une application de pommade (DERMALEX).

Le grief concerne un bénéficiaire au nom duquel des honoraires forfaitaires (F.A et F.B.) avec comme pseudo codes 426631 (1ère prestation de base) et 426731 (soin d'hygiène toilette) sont portés en compte les mardis et jeudis alors que seule une application de « DERMALEX » pour hydrater la peau de l'assuré a été effectuée

➤ Prestations en cause

Les prestations en cause relèvent de l'article 8 § 1er 1° II et 2° II de la nomenclature des prestations de santé.

➤ Base réglementaire

Le grief se fonde sur la conjonction des dispositions des § 5, 3°, a) et c) et sur le § 6, 8° de l'article 8 de la nomenclature des prestations de santé qui disposent :

« (...) § 5. Précisions relatives aux honoraires forfaitaires visés à la rubrique II du § 1er, 1°, 2° (...)

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

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

c) Pour chaque forfait attesté, plusieurs des pseudo codes suivants, correspondants aux prestations effectuées pendant la journée de soins doivent être mentionnés complémentirement au numéro de code du forfait (pseudo-code 426731 pour le soin d'hygiène)

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

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. (...) »

La prestation de toilette a également fait l'objet d'une question parlementaire (question 87 posée le 14 avril 1986 par Monsieur le Sénateur CLIPPELE - Bulletin n° 20, Sénat, session ordinaire 1985-1986, p. 1096 - Bulletin d'information INAMI 1986/4 page 259 et suivantes) relative au contenu de la toilette ; la réponse est la suivante :

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

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

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

Ces soins se complètent par l'observation, la surveillance, la prévention, la mobilisation du malade, l'éducation sanitaire de celui-ci et de son entourage (...)"

Une récente jurisprudence de la CR en date du ... (E/... n° de rôle ...) précise en outre ce que doivent comprendre ces soins d'hygiène :

« (...) Madame G. a signé et délivré des attestations de soins donnés pour des prestations qui requièrent la qualification d'infirmière au vu de l'article 8 de la nomenclature des soins de santé, à savoir principalement les prestations reprises dans la nomenclature sous les codes 425294 et 425692 soit des honoraires forfaitaires, dit forfaits B, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de santé de dépendance physique répond à trois critères : dépendance pour se laver et s'habiller, dépendance pour se déplacer et aller à la toilette et dépendance pour incontinence et/ou pour manger.

Les honoraires forfaitaires B ne peuvent être attestés que si par journée de soins une toilette a été effectuée. La toilette doit comprendre l'ensemble des soins infirmiers se rapportant à la globalité des soins d'hygiène y compris préventif; elle se complète, le cas échéant par la mobilisation du patient. La toilette doit comprendre les soins d'hygiène, soit le bain, les soins de bouche, des dents, des ongles et de la chevelure.

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

S'agissant de l'application de pommade, la NPS prévoit, au niveau des prestations techniques de soins infirmiers des codes spécifiques pour application de pommade ou d'un produit médicamenteux (424270 W0,484) (424432 W0,730).

Elle précise toutefois :

« (...) **Art. 8, § 8, 3°** pour autant que les prestations 424270, 424432 (...) comportent l'application de pommade ou d'un produit médicamenteux, elles peuvent uniquement être attestées pour les soins des affections cutanées suivantes :

- 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. (...)

### ➤ Nombre de prestations

Le grief est formulé, **à titre principal**, pour 1 cas d'assuré (C. déjà cité au grief n°1) pour lequel 46 prestations, échelonnées du 08-06-2010 au 24-02-2011 (date des prestations) et ventilées comme suit : 17 x 425272 W3,825 ; 28 x 425294 W7,371 et 1 x 425692 W10,944 ont été portées en compte à l'assurance de manière indue et ce, à concurrence d'un indu de 1.025,00 €.

Le grief est également énoncé **à titre subsidiaire** pour toutes les prestations citées au point 4.1.4.2. de la note de synthèse.

➤ Indu 2<sup>ème</sup> grief : 1.025,00 €.

### **3<sup>ème</sup> grief : prestations non conformes**

Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer des documents réglementaires visés dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans ladite loi, ses arrêtés d'exécution ou les conventions ou accords conclus en vertu de cette même loi, au sens de l'article 73bis 2°, en ce sens que les conditions prévues à l'article 8, §5, 1° de la nomenclature des prestations de santé relatives au degré de dépendance physique requis pour pouvoir porter en compte les honoraires forfaitaires visés aux rubriques II du § 1er, 1° et 2° de l'article 8 de la nomenclature n'étaient pas remplies ce qui rendait ces derniers non attestables.

Ces faits sont constitutifs d'infraction visée à l'article 73 bis 2° de la Loi ASSI coordonnée le 14 juillet 1994 et relèvent des dispositions de l'article 142, § 1er, 2° de la même loi.

Il s'agit plus particulièrement de 2 cas d'assurés pour lesquels l'évaluation du degré de dépendance effectuée par le Service ou le contrôle effectué par les OA ont démontré une surévaluation des critères des échelles d'évaluation, ayant entraîné de ce fait une facturation de forfaits B non attestables.

➤ Prestations en cause.

|  |   |        |
|--|---|--------|
| <b>Chapitre III. Soins courants</b>  |   |        |
| <b>Section 4. Soins donnés par infirmières graduées ou assimilées, accoucheuses, infirmières brevetées, hospitalières/assistantes en soins hospitaliers ou assimilées</b>  |   |        |
| <b>Art. 8, § 1<sup>er</sup>. 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)</b> |   |        |
| <b>1° Prestations effectuées au cours d'une séance de soins infirmiers au domicile ou à la résidence du bénéficiaire</b>   |   |        |
| <b>II. Honoraires forfaitaires par journée de soins pour des patients lourdement dépendants</b>  |   |        |
| 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:<br>- dépendance pour le critère se laver et le critère s'habiller (score 3 ou 4),<br>et<br>- dépendance pour le critère transfert et déplacements et/ou le critère aller à la toilette (score 3 ou 4) | W3,825 |

|  |  |         |
|--|--|---------|
| 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:<br>- dépendance pour le critère se laver et le critère s'habiller (score 3 ou 4), et<br>- dépendance pour le critère transfert et déplacements et le critère aller à la toilette (score 3 ou 4), et<br>- dépendance pour le critère continence et/ou pour le critère manger (score 3 ou 4) | W7,371  |
| <b>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> |  |         |
| <b>II. Honoraires forfaitaires par journée de soins pour des patients lourdement dépendants</b>  |  |         |
| 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:<br>- dépendance pour le critère se laver et le critère s'habiller (score 3 ou 4), et<br>- dépendance pour le critère transfert et déplacements et/ou le critère aller à la toilette (score 3 ou 4)   | W5,710  |
| 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:<br>- dépendance pour le critère se laver et le critère s'habiller (score 3 ou 4), et<br>- dépendance pour le critère transfert et déplacements et le critère aller à la toilette (score 3 ou 4), et<br>- dépendance pour le critère continence et/ou pour le critère manger (score 3 ou 4) | W10,944 |

➤ Base réglementaire

Le grief se base sur la conjonction des critères de dépendance physique tels qu'ils sont définis à l'art. 8 §5 1° de la NPS avec les libellés des prestations correspondant aux honoraires forfaitaires dits forfaits A et B tels qu'ils figurent à l'art. 8 §1<sup>er</sup> de la NPS et qui exigent, pour les forfaits B, une cotation de dépendance de 3 ou 4 pour le critère se laver, le critère s'habiller, le critère transfert et déplacements et le critère aller à la toilette ainsi que de 3 ou 4 pour le critère continence et/ou le critère manger

« (...) **Art. 8, § 5, Précisions relatives aux honoraires forfaitaires visés à la rubrique II du § 1<sup>er</sup>, 1°, 2°**  
(...)

**1° La dépendance physique visée à la rubrique II du § 1<sup>er</sup>, 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. (...) »

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 datée du 01.06.2006 et d'application depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2006.

« (...) 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:

- 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
- 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:

- 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
- 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
- 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 décentement.

## **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:

- 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
- 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, (...) »

➤ Nombre de prestations et cas d'assurés concernés par le grief

1. C.

Les cotations attribuées par le SECM et basées sur les directives citées au point 4.3.2. de la note de synthèse sont les suivantes :

| Critères                  | Cotation Mme A. | Cotation SECM |
|---------------------------|-----------------|---------------|
| Se laver                  | 3               | 4             |
| S'habiller                | 3               | 4             |
| Transfert et déplacements | 3               | 3             |
| Aller à la toilette       | 3               | 2             |
| Continence                | 3               | 2             |
| Manger                    | 1               | 1             |
|                           | FB              | FA            |

Les discordances sont justifiées de la manière suivante

- Critère « se laver » : le SECM met le score de 4 car il estime l'assuré incapable d'effectuer sa toilette seul.
- Critère « s'habiller » : le SECM met le score de 4 car il estime l'assuré incapable de s'habiller décentement seul.
- Critère « aller à la toilette » : le SECM met le score de « 2 » car l'assuré part seul avec sa chaise roulante, se déshabille et se rhabille seul.
- Critère « continence » : le SECM met le score de « 2 » car l'assuré met du temps pour se rendre aux toilettes mais il n'est pas incontinent.

En conclusion, le degré de dépendance évalué par le SECM permet d'attester, comme le prévoit la nomenclature des prestations de santé un forfait A, à condition que le soin d'hygiène soit effectué.

Le grief est formulé à titre intégralement subsidiaire pour tous les honoraires forfaitaires de type B mentionnés aux griefs 1 et 2 ci-dessus (prestations 425294 et 425692).

Ce cas n'est donc pas repris dans le tableau récapitulatif du calcul de l'indu total pour ce grief n° 3.

## 2. D. (OA 316)

Les cotations aux critères de dépendance physique de l'échelle d'évaluation attribuées par le SECM et basées sur les directives citées au point 4.3.2. de la note de synthèse sont les suivantes :

| Critères                  | Cotation de Mme DASCOTTE | Cotation SECM |
|---------------------------|--------------------------|---------------|
| Se laver                  | 4                        | 4             |
| S'habiller                | 3                        | 4             |
| Transfert et déplacements | 3                        | 1             |
| Aller à la toilette       | 3                        | 1             |
| Continence                | 3                        | 3             |
| Manger                    | 3                        | 1             |
|                           | FB                       | T 7           |

Les discordances sont justifiées de la manière suivante.

- Critère « s'habiller » : le SECM met le score de 4 car il estime l'assuré incapable de s'habiller décevement seule
- Critère « transfert et déplacements » : le SECM met le score de « 1 » au critère transfert et déplacement car l'assuré a des pertes d'équilibre mais parait faire ses courses avec une amie.
- Critère « aller à la toilette » : le SECM met le score de « 1 » au critère aller à la toilette car l'assuré n'a aucun problème pour se rendre aux toilettes et sait se rhabiller seule et s'essuyer.
- Critère « manger » : le SECM met le score de « 1 » au critère manger car l'assuré a toujours cuisiné elle-même.

En conclusion, dans le cas de cette assurée, seules des prestations de soin d'hygiène à l'acte et les prestations de base y afférentes pouvaient être attestées pour la période du 01-06-2010 au 20-11-2010.

Le grief est donc formulé pour les prestations suivantes échelonnées du 01-06-2010 au 20-11-2010 :

Prestations attestées et indues :

| Prestations indues | Nombre | Valeur prestation | Montant           |
|--------------------|--------|-------------------|-------------------|
| 425294             | 119    | 30,50 €           | 3.629,50 €        |
| 425692             | 52     | 45,40 €           | 2.360,80 €        |
| <b>TOTAL :</b>     |        |                   | <b>5.990,30 €</b> |

Prestations qui auraient dû être attestées :

| Prestations    | Nombre | Valeur prestation | Montant           |
|----------------|--------|-------------------|-------------------|
| 425014         | 119    | 3,44 €            | 409,36 €          |
| 425110         | 119    | 4,87 €            | 579,53 €          |
| 425412         | 52     | 4,80 €            | 249,60 €          |
| 425515         | 52     | 7,31 €            | 380,12 €          |
| <b>TOTAL :</b> |        |                   | <b>1.618,61 €</b> |

L'indu par différence concernant Mme D. vaut donc 5.990,30 € - 1.618,61 € soit 4.371,69 €

➤ Récapitulatif indu 3<sup>ème</sup> grief : **4.371,69 €**.

Le grief est formulé à titre subsidiaire pour tous les honoraires forfaitaires B mentionnés aux griefs n° 1 et 2 dans le cas C.

Il est formulé à titre principal dans le cas de l'assurée D. pour 171 prestations échelonnées du 01-06-2010 au 20-11-2010, à savoir : 119 x 425294 W7,371 et 52 x 425692 W10,944 et ce, à concurrence d'un indu de 5.990,30 €.

Toutefois, en lieu et place de ces prestations litigieuses, les actes suivants auraient pu être portés en compte : 119 x 425014 W0,879 ; 119 x 425110 W1,167 ; 52 x 425412 W1,206 et 52 x 425515 W1,754 à concurrence de 1.618,61 €.

L'indu différentiel et total pour le 3<sup>ème</sup> grief s'élève donc à **4.371,69 €**. (soit 5.990,30 € - 1.618,61 €).

## 2 DISCUSSION

### 2.1. Quant au 1<sup>er</sup> grief : prestations non effectuées

#### ➤ Cas n° 1 : E.

Attendu que dans le cas de l'assurée E., Madame A. nie entièrement la matérialité du grief.

Qu'elle affirme avoir toujours effectué la toilette entièrement en l'occurrence une douche, y compris les soins annexes, et cela tous les jours, samedi, dimanche et jour fériés, pour la période reprise au PVC aux pages 29 à 31 à l'exception d'un dimanche.

Qu'elle conteste dès lors formellement les propos tenus par ces patientes et souhaite une réévaluation du remboursement exigé sur base de ses propres déclarations. (Cfr. courrier recommandé du 13-03-2012).

Que dans ce même courrier, Madame A. met en doute les déclarations de Mme E. et de sa fille F. soutenant que mère et fille sont deux cas psychiatriques ayant des comportements très agressifs ; qu'elles sont également désorientées dans le temps et dans l'espace.

Qu'à cet égard, elle suggère même au SECM de contacter le Dr G. pour de plus amples informations sur les comportements et l'état psychologique de ces patientes.

Attendu qu'un certain nombre d'éléments concordants viennent contredire les déclarations de Madame A.

Qu'il en est ainsi des déclarations de la bénéficiaire, de celles de sa fille, des résultats des devoirs complémentaires réalisés par le service et plus précisément de l'audition, en date du 23-05-2012, de la responsable du service soins à domicile du CPAS de ..., Mme H. qui a assuré la continuité des soins infirmiers après Mme A. ainsi que l'audition du Dr G.

- Lors de son audition du 20-10-2011 , Mme E. a en effet déclaré :

*«(...) A. quand elle venait, elle me lavait entièrement...  
Sur question, A., à ma demande ne venait pas le samedi et dimanche.  
En résumé  
L'infirmière A. ne venait jamais le week-end ou jour férié, je me débrouillais. (...)»*

- Lors de son audition du 24-02-2012, Mme A. elle-même déclare :

*« ( ) Dans le cas de Mme E. , il est arrivé plusieurs fois que je me présente à la porte et qu'elle ne m'ouvre pas ou ce qui est aussi arrivé c'est que je rentre et qu'elle ne veuille pas se laisser laver. Mais je considère que lorsque je me suis présentée quelque part et que je suis rentrée, j'atteste la toilette comme effectuée. Pour Mme E., je tiens à préciser que Madame est un cas psychiatrique et qu'elle prenait beaucoup de médicaments. J'ai arrêté d'aller chez elle de ma propre initiative (...)* »

- Interrogée en date du 23-05-2012, sur le prétendu manque de discernement de Madame E., Mme H., infirmière ayant assuré la continuité des soins infirmiers après Mme A. devait déclarer :

*«(...) Vous me lisez la déclaration de Mme E. de ... tout en anonymisant le nom de l'infirmière nommée dans cette audition.*

*Sur question, la déclaration de Mme E. du 20/10/2011 me paraît correcte, elle sait très bien ce qu'elle dit mais cependant elle peut arranger sa vérité.*

*Il est vrai que sa fille est un cas psychiatrique mais ce n'est absolument pas le cas pour la maman et je peux en parler au nom de toute mon équipe.*

*Son traitement, à notre connaissance ne comporte pas de médicament pour affection psychiatrique.*

*Actuellement elle est hospitalisée pour raison « sa fille n'a pas de suivi psychiatrique et étant actuellement agressive avec sentiment de persécution ».*

*Depuis avril 2012, la fille « Marie Claire » a commencé à poser problème et parfois a empêché sa mère de nous ouvrir.*

*En résumé, je ne sais pas ce qui s'est passé avant notre prise en charge de Mme E., mais je puis vous assurer que pour nous, son raisonnement est normal.(...) »*

- Comme demandé par la prestataire, le SECM a contacté le 20-08-2012 le Dr G. (INAMI n° ...) et constat a été dressé de cet entretien par le Dr I. médecin-inspecteur et l'infirmière contrôleur J.

Il en ressort ce qui suit :

*« (...) Le Docteur I. lui a demandé si au mois d'octobre 2011 les réponses données par Mme E. étaient fiables et si cette assurée souffrait de troubles psychiatriques. Le Dr G. a répondu que sa patiente avait « la maladie d'Alzheimer mais qu'elle était très présente et que ses propos étaient fiables. »*

*A la question du Dr I. à savoir si Mme E. affirme que L'infirmière n'effectuait pas à sa demande la toilette le dimanche à elle-même et à sa fille F., le Dr G. a répondu que l'on pouvait se fier à la déclaration de Mme E. (...) »*

En conclusion, les témoignages rassemblés concordent tous pour attribuer aux déclaration faites par Mme E. en octobre 2011 une fiabilité suffisante notamment quant à l'absence de soins d'hygiène les WE et jours fériés.

D'autre part, dans sa déclaration du 24-02-2012, Mme A. a déclaré qu'elle portait en compte un soin d'hygiène même dans les cas où la bénéficiaire refusait de lui donner accès à son domicile et que le soin n'était pas effectué ; cette circonstance est confirmée par les déclarations de Mme H. en date du 23-05-2012, infirmière coordinatrice du service de soins à domicile du CPAS de ... qui a continué les soins après Mme A.

En conséquence, le grief doit être déclaré établi.

➤ Cas n° 2 : C. (OA 316).

Attendu que les des déclarations faites par M. C. en octobre 2011 sont claires quant à la fréquence des soins et à leur nature ;

Que lors de son audition du 21-10-2011, M. C. déclare :

*« (...) J'ai une infirmière qui s'appelle A. ou ses remplaçantes, elles viennent 2 fois par semaine le mardi et le jeudi. Elle ne vient jamais le week-end ou jour férié, c'est toujours le mardi et le jeudi 2 fois par semaine. (...) Elle ne fait pas ma toilette car je ne veux pas je préfère que ce soit ma femme. Elle ne fait que les soins de peau. Elle me met de la pommade. (...). La pommade c'est du dermalex pour calmer mes grattages. (...)*

*En résumé, (...) l'infirmière est toujours venue 2 fois par semaine mardi et jeudi pour me mettre uniquement la pommade dermalex sur ma peau sèche ; c'est ma femme qui me lave. Mon épouse se nomme K. et l'entretien s'est fait en sa présence (...) »*

Que ces déclarations sont par ailleurs confirmées par celles de sa fille, L., infirmière de son état, qui, même si elle n'était pas domiciliée chez son père au moment des faits, s'y rendait cependant très régulièrement pour effectuer elle-même des prises de sang et des injections de médicaments.

Que le 30-07-2012, le SECM procédant à un devoir complémentaire, a auditionné la fille de l'assuré, Mme L. qui a déclaré ce qui suit :

*« (...) Vous me lisez l'audition de mon papa du mois d'octobre 2011. Je la confirme en tous points. Son infirmière était bien A. et ses remplaçantes. Papa est décédé le 25/12/2011.*

*Sur question, l'infirmière venait uniquement à raison de 2 fois semaine et ne lavait pas mon père, elle appliquait uniquement le dermalex sur tout le corps. Vers la fin, elle ne venait que le jeudi.*

*Au début, en juin 2010, elle a peut être lavé le dos et les pieds une ou deux fois mais pas plus, elle est venue pour des pansements car papa avait fait une chute. Il est vrai que c'est moi qui faisais les injections et les prises de sang à mon papa. Au début, suite à sa chute il avait du mal de se mouvoir, mais vers septembre 2011, sa mobilité s'est améliorée.*

*Sur question, papa savait aller seul à la toilette avec sa tribune ou chaise roulante, il pouvait s'essuyer seul puis se laver le siège seul avec de l'eau et du savon. Il n'avait pas d'incontinence urinaire ou fécale. Il savait manger seul mais en fin de vie maman lui coupait sa viande.*

*Maman s'est toujours occupée de papa, elle l'aidait pour sa toilette, dos et jambes.*

*En résumé, papa n'a jamais reçu de toilette de la part de l'infirmière ni de personne d'autre que maman, et l'infirmière ne venait qu'à raison de une ou deux fois semaine appliquer de la pommade dermalex sur le corps.(...) »*

Que dans sa première déclaration du 24-02-2012, lors de son audition concomitante à la remise des PVC, Mme A. reconnaît d'ailleurs aller chez ce bénéficiaire uniquement 2 fois par semaine depuis mars 2011 pour y effectuer un soin d'hygiène incomplet (absence de toilette intime) et l'application de DERMALÉX sur le corps.

Qu'il ressort en effet expressément de ses propos que :

*« (...) Dans le cas de Monsieur C., repris à la page 5 du PVC, je précise que ce patient est décédé au mois de décembre 2011. Quand je l'ai eu, c'était suite à des chutes à répétition, il avait tribune et chaise roulante. Vous me dites que les prises de sang étaient faites par sa fille L. infirmière de son état ; je le confirme. A un moment, je faisais la toilette mais souvent il ne voulait pas. Vous me dites que cette personne a dit que je ne faisais jamais la toilette. A cela, je préfère ne rien répondre. De mémoire, je sais que j'y suis allée 2 fois par semaine, le mardi et le jeudi, depuis environ février – mars 2011 et que je n'attestais que ces deux jours-là. Avant février 2011, c'était une période où il n'était pas bien, il était tombé plusieurs fois et j'y allais mais je ne connais plus la fréquence, peut-être bien tous les jours pour une aide à la toilette et pour des pansements pour plaies dues aux chutes. Sur question, je ne sais plus si j'ai eu pour tous les pansements des prescriptions médicales mais il est vrai qu'il préférerait que la toilette soit faite par sa femme. Donc, en résumé, il y avait des périodes où j'allais plus souvent, d'autre où je n'allais que deux fois par semaine et comme soin, j'effectuais parfois une aide à la toilette, les massages au Dermaléx pour hydrater sa peau et lors de ses chutes, un soin de plaie à l'Isobétadine. Le médecin traitant n'était pas toujours au courant des petites plaies, étant donné qu'il était sous Sintron.(...) ».*

Attendu qu'en date du 13-03-2012, par courrier recommandé, Madame A. détaille les soins effectués chez ce patient de la façon suivante :

*« (...)*

*• Description des soins effectués:*

*La toilette:*

*Celle-ci était faite entièrement, avec les soins annexes, à chaque passage. Par la suite, le patient a refusé que je fasse sa toilette intime et m'a précisé que sa compagne s'en chargeait. J'ai donc respecté sa pudeur et j'effectuais alors une toilette complète à l'exception de son hygiène intime.*

*Lors du premier contrôle par l'infirmier-conseil en date du 8/11/2010, celui-ci n'a pas constaté un quelconque problème dans les soins réalisés. Son audition du patient n'a rien mis de particulier en évidence. Le courrier suivant le contrôle ne mentionne aucune contestation particulière à ce niveau, et atteste du bon déroulement des soins.*

*Fréquence des soins:*

*Initialement, les soins ont été effectués 7j/7.*

*A la demande du patient, suite à la première audition de celui-ci par l'infirmier conseil, la fréquence a été diminuée à deux fois par semaine.*

*Echelle d'évaluation:*

*Au vu de son handicap et de son manque évident d'autonomie, un forfait B a été initialement obtenu pour ce patient.*

*• Description des contestations et explications:*

*Lors du contrôle du 8/11/2010, l'infirmier-conseil a marqué son désaccord quand à l'actualité de la décision de l'échelle d'évaluation de catégorie « forfait B », Il a donc mis fin au 12/11/2010 au « forfait B » et une nouvelle échelle d'évaluation de catégorie « forfait A » a pris cours le lendemain.*

*Comme expliqué ci-dessus, le patient n'acceptait ni son handicap, ni son incontinence. Dès lors, il est compréhensible et évident qu'à la question « Allez vous seul à la toilette ? » ou « Etes vous incontinent ? », le patient, impressionné par le contrôle, réponde « oui, je vais seul à la toilette et je ne suis pas incontinent! ».*

*Le changement de forfait aurait pu être discutable et contestable, mais je me suis soumise à l'avis de l'infirmier-conseil.*

*(...)*

*Malgré tout cela, il m'est demandé un remboursement intégral, comme si aucun soin n'avait été effectué, alors qu'en aucun cas, le « forfait B » antérieur à la date du 12/11/2010 n'a été contesté, ni la réalisation des prestations.*

*Je conteste donc formellement le remboursement du « forfait B » antérieur à la date du 12/11/2010, ainsi que le remboursement du « forfait A » puisqu'ils sont, aussi bien l'un que l'autre, totalement non fondé.(...) »*

Attendu que le service ne se range toutefois pas à l'avis émis par Mme A. qui tire argument du fait que le contrôle réalisé le 08-11-2010 par l'infirmier-conseil de l'OA 316 ne faisait nullement mention de soins non réalisés dans la mesure où ces contrôles ne portent pas sur la réalité des soins portés en compte mais uniquement sur l'évaluation du degré de dépendance des bénéficiaires et les cotations attribuées aux différents items des échelles de Katz.

Qu'enfin il n'y a pas lieu pour le Service de davantage tenir compte des attestations produites, à la demande de Mme A. par les différents médecins traitants et qui tendent à justifier la réalisation d'une toilette quotidienne chez M. C. durant l'année 2011 dans la mesure où d'une part, Mme A. reconnaît elle-même ne plus se rendre chez ce patient que 2 fois par semaine depuis mars 2011 et d'autre part, le soin d'hygiène ne nécessite pas de prescription médicale.

Que la nomenclature est claire à ce sujet et renvoie la responsabilité de la facturation des soins d'hygiène au seul praticien de l'art infirmier en ces termes :

« (...) **Art 8** (...)

**§ 2** Précisions relatives à la prescription :

Les prestations suivantes ne sont remboursées que si elles ont été prescrites par un médecin :



- les prestations techniques de soins infirmiers (...) à l'exception des prestations 425110, 425515, 425913, (...)

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

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

Qu'en conséquence, le grief doit donc être déclaré établi.

➤ Cas n° 3 : F. (OA 316) fille de E.

Attendu que dans le cas de l'assurée F., le grief se fonde sur les mêmes éléments que ceux développés sous le cas de l'assurée E. et ce, notamment quant à la fiabilité des déclarations de la mère de la bénéficiaire.

Que de plus, il est à noter que Mme A. précise d'ailleurs également dans sa déclaration du 24-02-2012 que la situation était identique pour la mère de la bénéficiaire et qu'il lui arrivait de porter en compte un soin d'hygiène même si ce dernier n'avait pas pu être dispensé en raison de l'attitude d'obstruction de Mme F.

Qu'en effet, en date du 24/02/2012, lors de son audition concomitante à la remise des PVC Mme A. devait en effet déclarer :

*« ( ) En ce qui concerne Mme F. qui est la fille de Mme E., je confirme que cette personne était agressive. Quand j'ai eu F., elle ne se lavait plus depuis des mois et des mois. Et j'ai découvert un manque d'hygiène grave comme d'ailleurs dans toute la maison. C'était la même situation que pour sa mère, lorsque j'y allais, je ne pouvais pas toujours la laver et considérais que si j'y étais allée, j'attestais malgré tout la toilette. Mme F. considérait que si elle avait mis la main dans l'eau, c'était bon, elle était lavée. (...) »*

Qu'enfin, il convient de rappeler que l'évocation de prescriptions médicales pour des soins de toilette n'est pas opportune en cas de prestations non effectuées ; qu'en effet cette prescription médicale n'est pas requise pour ce type de soin comme le service l'a déjà fait remarquer précédemment (cas de E.) (Art. 8, § 2 et § 6, 5° de la NPS).

Qu'en conséquence, le grief doit être déclaré établi.

2.2. Quant au 2<sup>ème</sup> grief : prestations non conformes

Attendu que dans le cas de l'assuré C. (OA 316) (déjà cité au 1<sup>er</sup> grief), des honoraires forfaitaires (F.A et F.B.) avec comme pseudo codes 426631 (1ère prestation de base) et 426731 (soin d'hygiène toilette) ont été portés en compte les mardis et jeudis alors que seule, une application de « DERMALÉX » pour hydrater la peau de l'assuré a été effectuée par Mme A.

Attendu que le type de soins réellement effectué chez ce patient résulte à suffisance des déclarations de M. C., de celles de Mme A. elle-même, ainsi que des déclarations de la fille du bénéficiaire obtenues par devoir complémentaire.

Attendu que tous ces témoignages sont déjà repris sous le 1<sup>er</sup> grief formulé à charge de Mme A. ;

Que le Service considère que toutes ces déclarations sont suffisamment fiables quant au contenu et à la fréquence des soins réalisés ;

Qu'il résulte en effet clairement de la teneur de ces déclarations que la toilette ne répondait pas aux exigences de la définition d'une toilette complète avec pour conséquence que les honoraires forfaitaires portés en compte n'étaient pas attestables au sens de l'article 8, § 5, 3° de la NPS.

Que l'application de DERMALÉX n'était pas davantage attestable et ce, par application de l'article 8, § 8, 3° de la NPS.

Que dès lors, ce grief doit être déclaré établi ;

Que ce grief porte sur 46 prestations codes NPS 425272 - 425294 - 425692 échelonnées du 08-06-2010 au 24-02-2011 et ayant généré un indu de **1.025,00 €**.

### 2.3. Quant au 3<sup>ème</sup> grief : prestations non conformes

Attendu que dans le cas de l'assurée D. (OA 316), des honoraires forfaitaires F.B. ont été portés en compte pour un soin d'hygiène quotidien et ce, du 01-06-2010 au 20-11-2010.

Attendu que ce grief se base sur la conjonction des critères de dépendance physique tels qu'ils sont définis à l'art. 8 §5, 1° de la NPS avec les libellés des prestations correspondant aux honoraires forfaitaires dits forfaits A et B tels qu'ils figurent à l'art. 8, § 1<sup>er</sup> de la NPS et qui exigent, pour les forfaits B, une cotation de dépendance de 3 ou 4 pour le critère se laver, le critère s'habiller, le critère transfert et déplacements et le critère aller à la toilette ainsi que de 3 ou 4 pour le critère continence et/ou le critère manger

Que les cotations aux critères de dépendance physique de l'échelle d'évaluation attribuées par le SECM sont également basées sur les directives énoncées 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 datée du 01.06.2006 et d'application depuis le 1er juillet 2006.

| Critères                  | Cotation de Mme A. | Cotation SECM |
|---------------------------|--------------------|---------------|
| Se laver                  | 4                  | 4             |
| S'habiller                | 3                  | 4             |
| Transfert et déplacements | 3                  | 1             |
| Aller à la toilette       | 3                  | 1             |
| Continence                | 3                  | 3             |
| Manger                    | 3                  | 1             |
|                           | FB                 | T 7           |

Attendu que les discordances sont justifiées de la manière suivante :

Critère « s'habiller » : le SECM met le score de 4 car il estime l'assurée incapable de s'habiller décentement seule

Critère « transfert et déplacements » : le SECM met le score de « 1 » au critère transfert et déplacement car l'assurée a des pertes d'équilibre mais parait faire ses courses avec une amie.

Critère « aller à la toilette » : le SECM met le score de « 1 » au critère aller à la toilette car l'assurée n'a aucun problème pour se rendre aux toilettes et sait se rhabiller seule et s'essuyer.

Critère « manger » : le SECM met le score de « 1 » au critère manger car l'assurée a toujours cuisiné elle-même.

Qu'il s'en suit que dans le cas de cette assurée, seules des prestations de soin d'hygiène à l'acte et les prestations de base y afférentes pouvaient être attestées pour la période du 01-06-2010 au 20-11-2010.

Attendu que les déclarations faites par la bénéficiaire, Mme D. et son kinésithérapeute traitant, M. M., sont parfaitement claires quant à son degré d'autonomie durant la période du 01-06-2010 au 20-11-2010.

Qu'il convient par ailleurs de rappeler qu'à cette date, suite à un contrôle opéré par l'OA, le forfait B a été déclassé en une toilette quotidienne (T7) sans que Mme A. ne conteste cette décision ;

Qu'elle admet même, dans son courrier du 13-03-2012 que la catégorie de ce patient aurait pu éventuellement être changée progressivement, bien avant le changement « radical » effectué en date du 20/11/2010 après avoir reconnu le 24-02-2012 qu'un forfait A aurait pu être porté en compte du 01-06-2010 au 20-11-2010.

Qu'à la remarque émise par Mme A. selon laquelle le déclassement en toilette quotidienne opéré le 20-11-2010 par les services de l'OA n'avait pas d'effet rétroactif, il y a lieu de répondre que ce genre de décision n'est pas du ressort de l'OA.

Que pour sa défense, Mme A. tire encore argument du fait que les différents accords pour honoraires forfaitaires B ont été délivrés par les médecins-conseils de l'OA.

Qu'à ce propos, il y a lieu de relever qu'aucun enseignement particulier ne peut être tiré du simple accord donné par un médecin-conseil si ce dernier n'a pas procédé à un examen corporel préalable du bénéficiaire.

Qu'une jurisprudence du Conseil d'Etat éclaire utilement ce propos.

« Il découle de l'article 19, al. 2, de l'A.R. n°35 du 20 juillet 1967, que le médecin-conseil apprécie uniquement si la prestation pour laquelle le remboursement de l'assurance est demandé, est justifiée ; il ne doit pas vérifier si le médecin a respecté toutes les prescriptions légales requises pour que les prestations qu'il a effectuées soient remboursées. L'autorisation délivrée par le médecin-conseil n'implique aucune appréciation à propos de la question de savoir si le médecin concerné a fourni la prestation dans les conditions prévues et ne signifie pas que le traitement donne droit au remboursement. » (C.E., 01/06/1989, Malcolm, n°32.679, R.A.C.E., 1989)

Que dès lors, ce grief doit être déclaré établi.

Partant, les trois griefs sont établis.

#### 2.4. Indu total et remboursements

Pour ces trois griefs, l'indu total a été évalué à **10.506,48 €**.

Il est ventilé comme suit :

| Grief                            | Résumé du grief   | Codes NPS      | Nbre prestations | Nbre cas | indu                              | Remb. volontaire |
|----------------------------------|---|----------------|------------------|----------|-----------------------------------|------------------|
| 1. Non effectué (PVC 20-02-2012) | Prestations non effectuées  | 425412 W1,206  | 20               | 3        | 5.109,79 €                        | 0,00 €           |
|                                  |   | 425515 W1,754  | 20               |          |                                   |                  |
|                                  |   | 425272 W3,825  | 19               |          |                                   |                  |
|                                  |   | 425294 W7,371  | 66               |          |                                   |                  |
|                                  |   | 425670 W5,710  | 49               |          |                                   |                  |
|                                  |   | 425692 W10,944 | 48               |          |                                   |                  |
| 2. Non conforme (PVC 20-02-2012) | Honoraires forfaitaires non attestables par absence de soin d'hygiène (Art. 8, § 5, 3° de la NPS) | 425272 W3,825  | 17               | 1        | 1.025,00 €                        | 0,00 €           |
|                                  |   | 425294 W7,371  | 18               |          |                                   |                  |
|                                  |   | 425692 W10,944 | 1                |          |                                   |                  |
| 3. Non conforme (PVC 20-02-2012) | Surcotation d'échelles de Katz (Art. 8, § 5, 1° de la NPS)  | 425294 W7,371  | 119              | 1        | 4.371,69 € calculé par différence | 0,00 €           |
|                                  |   | 425692 W10,944 | 52               |          |                                   |                  |
|                                  | Prestations attestables   | 425014 W0,879  | 119              |          |                                   |                  |
|                                  | 425110 W1,167   | 119            |                  |          |                                   |                  |
|                                  | 425412 W1,206   | 52             |                  |          |                                   |                  |
|                                  | 425515 W1,754   | 52             |                  |          |                                   |                  |
| Totaux                           |   |                |                  |          | 10.506,48 €                       | 0,00 €           |
| Indu résiduel                    |   |                |                  |          | <b>10.506,48 €</b>                |                  |

A ce jour, Madame A. n'a pas procédé au remboursement de l'indu.

Dans son dernier courrier du 04-10-2012, celle-ci a même clairement refusé le remboursement volontaire qui lui avait été proposé lors de son audition du 14-09-2012 s'exprimant en ces termes :

« (...) Ces éléments démontrent que les prestations attestées sont dûment justifiées par des pièces probantes jointes à la présente. Il convient par conséquent de constater que les montants réclamés ne correspondent pas à la réalité des faits et ne peuvent être qualifiés d'indus. (...) »

Egalement concernée par les trois griefs (application de l'article 164 alinéa 2 de la loi ASSI coordonnée), la sprl B. n'a pas non plus procédé au remboursement de l'indu.

#### 2.5. Sanction administrative

2.5.1. Plusieurs lois se sont succédé dans le temps :

1. A l'époque où les faits litigieux ont été commis, s'agissant de prestations de soins antérieures au 1er juillet 2011, les mesures applicables étaient les suivantes:

- Pour des 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, §1er, al.1<sup>er</sup>, 1°, de la loi ASSI coordonnée le 14 juillet 1994) ;

- et pour des prestations non conformes : remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé et/ou une amende administrative comprise entre 5 % et 150 % du montant de la valeur des prestations concernées (article 73bis, 2°, et article 142, §1er, al.1er, 2°, de la loi ASSI coordonnée le 14 juillet 1994).
2. La loi du 6 juin 2010 introduisant le Code pénal social (M.b. du 1er juillet 2010, p. 43.712), entrée en vigueur le 1er juillet 2011 (article 111 de la loi du 6 juin 2010), a toutefois introduit les modifications suivantes :
- Sanction applicable aux dispensateurs de soins (article 225, 3° du C.P.S.) : soit une amende pénale de 50 à 500 €, soit une amende administrative de 25 à 250 € (article 101 du CPS), à majorer des décimes additionnels (article 102 du CPS).
3. 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 notamment 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, 73bis, 138 à 140, 142 à 146bis, 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 visées au point 1 ci-dessus sont à nouveau d'application.

En conclusion, il est constaté que 3 régimes de sanctions se succèdent dans le temps, le 2<sup>ème</sup> régime étant plus favorable que les 1<sup>er</sup> et 3<sup>ème</sup> régimes, par ailleurs similaires ;

Or, en vertu de l'article 2 du Code pénal, qui instaure un principe général de droit, si la peine établie au temps du jugement diffère de celle qui était portée au temps où l'infraction fut commise, la peine la moins forte sera appliquée.

Si plus de deux législations se succèdent entre le moment où l'infraction a été commise et le moment où l'infraction est jugée, «( ... ) Le juge appliquera donc la loi la plus douce, quelle qu'elle soit, et alors même qu'elle n'aurait été en vigueur ni lors de la commission de l'infraction ni lors du jugement. Les travaux préparatoires du Code pénal sont formels à cet égard: «La peine ne se justifiant que par la nécessité, il suffit que, durant un instant, cette nécessité se soit modifiée pour que le prévenu puisse demander à la société le bénéfice de cette modification » (... ) (F. KUTY, Principes généraux du droit pénal, Larcier, Bruxelles, t. 1, 2ème éd., 2009, pp. 271-272).

Dans un litige où trois lois pénales se faisaient suite, la Cour de cassation a en effet estimé que la loi pénale la moins sévère trouvait à s'appliquer, et ce, même s'il s'agissait de la loi

intermédiaire (Cass., 2ème ch., 8 novembre 2005, RG P.50915N, disponible sur <http://www.jure.juridat.just.fgov.be> ).

Dans le présent litige, la sanction la moins forte est la sanction prévue par le CPS et d'application du 1<sup>er</sup> juillet 2011 au 17 mars 2012 inclus, soit la sanction de niveau 2 constituée soit d'une amende pénale de 50 à 500 € ou d'une amende administrative de 25 à 250 € (article 101 du CPS), à majorer des décimes additionnels (article 102 du CPS).

Par conséquent, la seule sanction qui peut le cas échéant être infligée en l'espèce est la sanction de niveau 2 prévue à l'article 101 du CPS soit une amende administrative de 25 à 250 € (article 101 du CPS), majorée des décimes additionnels (article 102 du CPS).

Quant aux décimes additionnels, l'article 1<sup>er</sup> de la loi du 5 mars 1952 relative aux décimes additionnels sur les amendes pénales a été modifié par l'article 36 de la loi du 7 février 2003 portant diverses dispositions en matière de sécurité routière (M.b., 25 février 2003) : le mot « *quarante* » a été remplacé par le mot « *quarante-cinq* ».

«Ajouter un décime à une somme consiste à majorer cette somme d'un dixième de son montant. La majoration de quarante-cinq décimes équivaut donc à une multiplication par cinq et demi.» (voy. notamment Cass., 24.02.2010, P.09.1767.F et Cass., 10 mars 2010, P.09.1692.F).

Le montant des amendes doit donc être multiplié par 5,5 (amende administrative de 137,50 à 1.375 €).

2.5.2. Attendu que les faits reprochés à Mme A. sont particulièrement graves ;

Que pour le 1<sup>er</sup> grief, le nombre de prestations reprochées est élevé au regard de la période visée (222 prestations du 4 juin 2010 au 31 mars 2011);

Que porter en compte à l'assurance soins de santé obligatoire des prestations de soins qui n'ont pas été délivrées aux bénéficiaires (1<sup>er</sup> grief – prestations non effectuées) constitue en effet une faute particulièrement lourde dans le chef de Mme A. ;

Qu'en se comportant de la sorte, Mme A. a spolié les deniers de l'assurance soins de santé et par là de la collectivité ;

Que ceci est inadmissible et exige l'application de la sanction la plus haute ;

Qu'eu égard à l'ensemble des éléments du dossier, il est dès lors justifié de prononcer à l'égard de Mme A. une amende administrative de 250,00 € (article 101 du CPS), majorée des décimes additionnels (x 5,5) (art. 102 du CPS) soit une amende effective de 1.375,00 € pour le grief qui concerne les prestations non effectuées (1<sup>er</sup> grief) ;

Attendu qu'en ce qui concerne les 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> griefs (prestations non conformes), le nombre de prestations reprochées est également élevé au regard de la période concernée (46 prestations du 8 juin 2010 au 24 février 2011 pour le 2<sup>ème</sup> grief et 119 prestations du 1<sup>er</sup> juin 2010 au 20 novembre 2010 pour le 3<sup>ème</sup> grief) ;

Qu'il appert que Madame A. a attesté des soins infirmiers dans des conditions qui ne correspondaient pas aux prescrits réglementaires ;

Alors qu'en sa qualité d'infirmière et de collaboratrice du système d'assurance obligatoire soins de santé, Mme A. se devait de respecter scrupuleusement les lois et les règlements lui applicables et notamment la Nomenclature des prestations de santé ;

Qu'elle ne pouvait notamment ignorer les dispositions de ladite Nomenclature qui concernent la définition de toilette complète et la conformité obligatoire des cotations attribuées aux critères de dépendance physique à la réalité de l'état de dépendance des patients ;

Attendu que de plus il convient de rappeler que les règles de la Nomenclature des prestations de santé sont de stricte interprétation et qu'il n'appartient pas aux dispensateurs de soins d'en faire une interprétation personnelle ou d'opportunité;

Qu'en conséquence, les 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> griefs de non-conformité doivent également être sanctionnés ;

Qu'en l'espèce, le Service estime que pour ces deux griefs, il y a lieu d'infliger à Mme A. une amende administrative de 250,00 € (article 101 du CPS), majorée des décimes additionnels (x 5,5) (article 102 du CPS) soit une amende effective de 1.375,00 €.

\*\*\*\*\*

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 trois griefs établis ;
- Condamne solidairement Madame A. et la SPRL B. conformément aux articles 142, §1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup> - 2<sup>o</sup> et 164, alinéa 2 de la loi ASSI coordonnée le 14 juillet 1994 à rembourser la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé, s'élevant à **10.506,48 €** ;
- Condamne Madame A. à payer une amende administrative de 250 euros majorée des décimes additionnels (x 5,5) pour le 1<sup>er</sup> grief, soit, une amende effective de **1.375,00 euros** ;
- Condamne Madame A. à payer une amende administrative de 250 euros majorée des décimes additionnels (x 5,5) pour les 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> griefs soit, une amende effective de **1.375,00 euros** ;

Ainsi décidé à Bruxelles, le 08-07-2013

Le Fonctionnaire – dirigeant,

Dr Bernard HEPP  
Médecin-directeur général