

DECISION DU FONCTIONNAIRE DIRIGEANT DU 12 OCTOBRE 2015
BRS/F/15-013

Concerne : **Madame A.**
Infirmière

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.

En l'occurrence, il s'agit de prestations de toilettes, d'honoraires forfaitaires, de nutrition parentérale et de soins de plaie complexe non effectuées.

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

1.1.1. *Base légale et réglementaire*

Article 53 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, dont voici un extrait :

« 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. *Attestation de toilettes qui n'ont pas été effectuées*

1.1.2.1. Prestations en cause

N.P.S., Article 8 §1^{er} de la nomenclature

"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."

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

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

"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.

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

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

B. Prestations techniques de soins infirmiers."

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

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

1.1.2.2. Argumentation

Le grief concerne 1 assurée.

Une toilette est attestée 7 jours sur 7 à partir du 8/9/2011. (voir Note de synthèse, discussion des cas, p. 30-31)

Le grief est fondé sur les déclarations de l'assurée. La prestataire a signé l'invitation au remboursement volontaire (IRV).

L'assurée a déclaré que l'infirmière passait pour la soigner deux fois par semaine seulement, le lundi et le vendredi et ce depuis 2012. Elle a affirmé qu'elle se lavait et s'habillait déjà le matin et que les infirmières passaient seulement l'après-midi. C'est pourquoi l'assurée a décidé de mettre fin aux soins.

Mme A. déclare que l'assurée pouvait se débrouiller seule.

Pendant la période concernée, aucun soin n'a été attesté à part la toilette.

3 toilettes la semaine et 2 le week-end ont été retenues à grief.

Alors que l'assurée a déclaré n'avoir bénéficié d'aucun soin infirmier en 2011, 2 toilettes par semaine ont néanmoins été acceptées.

1.1.2.3. Conclusion

Pour une assurée, au cours de la période de prestations du 8.9.2011 au 30.4.2012 (date introduction OA : 31.10.2011 au 31.5.2012), 336 prestations non effectuées ont été retenues à grief.

Le montant de l'indu s'élève à 1 694,01 euros.

	425014	425110	425412	425515	Montant (EUR)
Madame B.	99	99	69	69	1.694,01

1.1.3. **Attestations d'honoraires forfaitaires pour des prestations non effectuées**

1.1.3.1. Prestations en cause

L'article 8, § 1^{er} – 1° II et 2° II, de la nomenclature des prestations de santé (A.R. du 14.9.1984) dispose ce qui suit :

1° 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 3,879 |
| 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° 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)
"K.B.23.4.1997"(*) |
| 425692 | 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)
- dépendance pour le critère continence et/ou pour le critère manger (score 3 ou 4)
W..... 10,944" |

1.1.3.2. Argumentation

L'infraction a été constatée pour 3 cas d'assurés (voir note de synthèse, discussion des cas, p. 31-36).

Le grief est fondé sur les déclarations des assurés, dans un cas corroboré par les déclarations du fils cohabitant.

Des forfaits ont été attestés alors que dans un cas, aucune toilette n'a été effectuée, dans le deuxième cas, la toilette n'était pas effectuée le dimanche et dans le troisième cas, la toilette n'était effectuée que 2 jours/semaine.

L'assurée Madame C. a même déclaré que Mme A. lui avait dit qu'en cas de contrôle, elle devait déclarer qu'elle était bel et bien lavée.

En audition, Mme A. marque clairement son désaccord sur le cas Madame C. Mais elle signe finalement l'IRV pour les 4 cas.

1.1.3.3. Conclusion

Chez trois assurés, au cours de la période de prestations du 1.9.2011 au 28.2.2013 (date d'intro OA : 19.10.2011 au 28.2.2013), 655 prestations non effectuées sont retenues à grief.

Le montant de l'indu s'élève à 17.889,11 euros.

	425272	425294	425670	425692	Montant
Madame D.				64	2.713,96
Madame C.		121		113	8.202,11
Madame E.	207		150		6.973,04
Total	207	121	150	177	17.889,11

1.1.4. **Attestation d'une prestation technique spécifique de soins infirmiers alors que celle-ci n'a pas été effectuée vu qu'il s'agit de nutrition entérale**

1.1.4.1. Prestations en cause

N.P.S., Art 8 § 1^{er}

1° Prestations effectuées au domicile ou à la résidence du bénéficiaire

"III. Prestations techniques spécifiques de soins infirmiers."

421072 Retrait d'un cathéter à demeure ou d'un matériel spécifique permettant l'administration d'une solution médicamenteuse dans une chambre implantable

W 8,333

"2° Prestations effectuées durant le week-end ou un jour férié au domicile ou à la résidence du bénéficiaire

III. Prestations techniques spécifiques de soins infirmiers."

421094 Retrait d'un cathéter à demeure ou d'un matériel spécifique permettant l'administration d'une solution médicamenteuse dans une chambre implantable

W 8,333 "

1.1.4.2. Argumentation

Le grief concerne 1 assurée (voir note de synthèse, discussion des cas, p. 36-38). Il est fondé sur les déclarations de la fille de l'assurée qui est décédée et sur celles de la prestataire.

Il ressort de la déclaration de la fille de Mme F. que l'assurée était nourrie quotidiennement par voie **entérale**.

Mme A. le confirme. Par contre, elle parle de nutrition **parentérale**, administrée par une sonde naso-gastrique et, à un stade ultérieur, par une sonde de gastrostomie alors que, dans ce cas, il s'agit clairement de nutrition entérale.

La demande qu'elle a introduite auprès de l'OA pour obtenir l'autorisation d'attester la prestation technique spécifique pour nutrition parentérale décrit la situation pour la nutrition entérale. Une autorisation a donc été accordée pour l'attestation d'une prestation technique spécifique (parentérale) alors que, dans la demande, il est question de nutrition entérale.

Dans la demande datée du 11.7.2012 et dans la lettre d'accompagnement du 10.7.2012, il est clairement indiqué :

« renouvellement de l'alimentation parentérale ... ».

... « La patiente est alimentée tous les jours via la sonde de gastrostomie. »...

Il est donc clair que Mme A. a mal utilisé les termes « parentéral » et « entéral ».

Mme A. a attesté un forfait B. L'administration de nutrition entérale est comprise dans ce forfait. Dans le cadre du forfait B attesté, Mme A. mentionne le pseudocode habituel. L'attestation d'une prestation technique spécifique n'est pas autorisée s'il s'agit d'administration de nutrition par voie entérale. Le soin de la stomie est également compris dans le forfait B.

Sur sa prescription du 6.7.2012, le Dr G. parle aussi de « nutrition entérale ».

Comme il s'agit de nutrition par voie entérale, tout est compris dans les honoraires forfaitaires. Aucune prestation ne peut être attestée en plus du forfait B.

1.1.4.3. Conclusion

Chez une assurée, au cours de la période de prestations du 26.1.2012 au 15.4.2012 (date d'intro OA : 31.3.2012 au 31.5.2012), 49 prestations non effectuées ont été retenues à grief.

Le montant de l'indu s'élève à 1.753,71 euros.

	421072	421094	Montant
Madame F.	33	16	1.753,71

1.1.5. **Attestation d'un soin de plaie complexe qui n'a pas été dispensé**

1.1.5.1. Prestations en cause

N.P.S., Art 8 § 1^{er}

1° Prestations effectuées 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

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

"2 Prestations effectuées durant le week-end ou un jour férié au domicile ou à la résidence du bénéficiaire

Séance de soins infirmiers.

A. Prestation de base."

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

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

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

...

1.1.5.2. Argumentation

Le grief concerne 1 assurée chez qui un soin de plaie a été attesté tous les jours (voir note de synthèse, discussion des cas, p. 38-39).

Il est fondé sur les déclarations du conjoint de Mme H., sur la prescription médicale et sur le dossier infirmier.

Il ressort de la déclaration de l'époux de Mme H. que les soins de plaie étaient effectués tous les 2 jours seulement et jamais le dimanche.

Dans sa prescription du 5.8.2011, le Dr I. indique des soins une fois tous les 2 jours.

En outre, le dossier infirmier n'est pas complété chaque jour non plus.

Les prestations attestées pour des jours où rien n'était indiqué dans le dossier infirmier ont été considérées comme non effectuées.

1.1.5.3. Conclusion

Chez une assurée, au cours de la période du 1.9.2011 au 29.9.2011 (date d'intro à l'OA : 31.10.2011), 30 prestations non effectuées sont retenues à grief.

Le montant de l'indu s'élève à 187,8 euros.

	424014	424351	424513	425412	Montant
Madame H.	10	10	5	5	187,80

1.1.6. **Montant de l'indu au titre du grief 1**

L'indu total pour la période litigieuse, formulé pour 1.070 prestations et 6 bénéficiaires, s'élève à 21.524,63 €.

1.2. Second 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 ASSI, dans ses arrêtés et règlements d'exécution, dans les conventions et accords conclus en vertu de cette même loi.

En l'occurrence, il s'agit de surévaluation des critères de dépendance physique (pour honoraires forfaitaires), d'attestation d'honoraires forfaitaires alors qu'aucune toilette n'avait été réalisée, d'attestation de prestations sans prescription valable, d'attestation de prestations de soins de plaie complexes alors que les plaies ne correspondent pas à la description, d'attestations des codes 425736 et 425751 alors que l'assuré ne répond pas aux critères, de prestations non attestables ou encore de l'attestation du code relatif aux frais de déplacement supplémentaires en zone rurale alors qu'un tel code ne pouvait pas être attesté.

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

1.2.1. Surévaluation des critères de dépendance pour les honoraires forfaitaires

1.2.1.1. Prestations en cause

L'article 8, § 1^{er} – 1° II et 2° II, de la nomenclature des prestations de santé (A.R. du 14.9.1984) dispose ce qui suit :

1° 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 3,879
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° 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 » "K.B.23.4.1997"(*)
425692	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) - dépendance pour le critère continence et/ou pour le critère manger (score 3 ou 4) W..... 10,944"

1.2.1.2. Argumentation

Le grief concerne 4 assurés (voir Note de synthèse, p. 40 à 47).

Le grief est fondé sur les déclarations des assurés, corroborées dans un cas par les déclarations du fils cohabitant, et sur le constat de l'inspecteur. Mme A. reconnaît formellement 1 cas (D.). Elle a signé l'IRV pour les 4 cas.

1.2.1.3. Conclusion

Pour 4 assurés, au cours de la période du 1.9.2011 au 31.3.2013 (date d'intro à l'OA : 12.10.2011 au 30.4.2013), 1.284 prestations ont été retenues à grief.

Le montant indu s'élève à 15.354,75 EUR (indu différentiel - pour le détail du calcul, cf Note de synthèse, p. 18).

1.2.2. Attestation d'honoraires forfaitaires alors qu'aucune toilette n'a été effectuée

1.2.2.1. Base réglementaire

Article 8 § 5 de la NPS

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

"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 12.9.2001" (en vigueur 1.10.2001)
+ "A.R. 3.8.2007" (en vigueur 1.10.2007)

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

1.2.2.2. Prestations en cause

Voir § 1.2.1.1. de la présente décision.

1.2.2.3. Argumentation

Il ressort de la déclaration de l'assurée qu'elle n'a jamais été lavée par Mme A. (voir Note de synthèse, p. 47-49)

Mme A. lui avait dit qu'en cas de contrôle, elle devait déclarer qu'elle était bel et bien lavée.

Mme C. a toutefois déclaré que Mme A. lui faisait des injections pour une douleur dans le dos.

Mme A. attestait chaque jour un forfait B pour cette dame, alors que cette dernière n'a jamais été lavée par une infirmière.

Mme A. dit lui avoir fait des soins de plaies, ce qui n'apparaît pas dans les pseudocodes. Cela n'est pas mentionné dans le dossier infirmier non plus.

Mme A. elle-même déclare que cette dame est encore lucide.

Pour l'instant, cette dame bénéficie d'un soin de plaie mais il est effectué par un autre praticien de l'art infirmier. Si l'assurée lui demande, cette infirmière lui lave le dos car, à cause de ses plaies, elle ne peut plus prendre de douche comme avant.

Vu les pseudocodes indiqués pour les jours où une injection a été faite, aucun forfait B ne pouvait être attesté mais bien une prestation de base et une injection. Les autres jours où seul un pseudocode pour prestation de base et une toilette étaient mentionnés ont été repris sous le grief 1.

1.2.2.4. Conclusion

Pour 1 assurée, au cours de la période du 12.10.2011 au 31.1.2013 (date intro OA : 21.11.2011 au 31.3.2013), 152 prestations ont été retenues à grief.

Le montant indu s'élève à 3.702,07 euros (indu différentiel).

	Attesté			Attestable				Différence	
	425294	425692	Montant	423076	423275	425014	425412		Montant
Madame C.	148	4	4.377,09	148	4	148	4	675,02	3.702,07

1.2.3. **Attestation de prestations sans prescription valable**

1.2.3.1. Base réglementaire

Article 8 de la NPS

"§ 2. Précisions relatives à la prescription

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

"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 18.7.2002" (en vigueur 1.10.2002) +

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

"- les prestations techniques de soins infirmiers visées à la rubrique I, B du § 1^{er}, 1°, 2°, 3°, 3^{bis} et 4°, à l'exception des prestations 425110, 425515, 425913, 424395, 424690 et 424852. Les prestations 424255, 424410, 424550 et 424712 ne doivent pas être prescrites, mais ne sont attestables que durant la période pendant laquelle les soins de plaie par pansement bioactif ont été prescrits." "A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997)

"- les prestations techniques spécifiques de soins infirmiers visées à la rubrique III du § 1^{er}, 1°, 2° et 3^o

"A.R. 8.7.1997" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 12.9.2001" (en vigueur 1.10.2001)

"- les prestations de soins infirmiers effectuées dans le cadre d'un des honoraires forfaitaires visés à la rubrique II du § 1^{er}, 1°, 2° et 3° et sous les rubriques IV et V du § 1^{er}, 1° et 2° à l'exception des soins d'hygiène;"

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

"- les honoraires forfaitaires pour l'éducation individuelle des patients diabétiques aux soins autonomes (423150) et à la compréhension (423194), le forfait pour le suivi des patients diabétiques après l'éducation aux soins autonomes (423216) et les honoraires de suivi pour l'accompagnement infirmier des patients diabétiques qui ne passent pas aux soins autonomes (423231 et 423334);"

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

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

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

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

1.2.3.2. Prestations en cause

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

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

...

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

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

1.2.3.3. Argumentation

Le dossier ne contient aucune prescription pour soins de plaie pour la période reprochée (cf Note de synthèse, p. 49). Néanmoins, on trouve une prescription pour soins de plaie rédigée par le Dr I., endocrinologue à l'hôpital J., le 13.1.2012 pour la période du 14.1.2012 au 31.1.2012 et une datée du 4.5.2012 pour la période du 14.5.2012 au 30.6.2012.

Dans le dossier se trouve une prescription rédigée par le Dr K., endocrinologue à l'hôpital J., datée du 16.3.2012, pour l'aide d'une infirmière une fois par jour pour la période du 1.3.2012 au 16.3.2012.

Ce n'est pas une prescription pour soins de plaie.

En outre, pour la période du 1.2.2012 au 29.2.2012, aucun soin n'est noté dans le dossier infirmier.

1.2.3.4. Conclusion

Pour 1 assurée, au cours de la période du 1.2.2012 au 29.2.2012 (date intro OA : 31.3.2012), 58 prestations ont été retenues à grief.

Le montant indu s'élève à 360,2 euros.

	Attesté				Montant
	424351	424513	425014	425412	
Madame H.	21	8	21	8	360,2

1.2.4. **Attestation de prestations de soins de plaie complexes alors que les plaies ne correspondent pas à la description**

1.2.4.1. Base réglementaire

Article 8 § 8

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

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

1.2.4.2. Prestations en cause

Voir § 1.2.3.1. de la présente décision.

1.2.4.3. Argumentation

Le grief est fondé sur pièce (prescription médicale) et sur le dossier infirmier (cf Note de synthèse p. 49-50).

La description de la plaie sur la prescription ne correspond pas aux conditions fixées pour pouvoir attester un soin de plaie complexe.

Il ne ressort pas non plus du dossier infirmier qu'il s'agit d'un soin de plaie complexe.

Un soin de plaie simple peut toutefois être attesté à la place.

1.2.4.4. Conclusion

Pour 1 assuré, au cours de la période du 14.1.2012 au 31.1.2012 (date intro OA : 31.3.2012), 36 prestations ont été retenues à grief.

Le montant indu s'élève à 24,96 euros (indu différentiel).

	Attesté				Attestable				Différence
	424351	424513	425014	Montant	424336	424491	425014	Montant	
Madame H.	12	6	18	218,72	12	12	18	193,76	24,96

1.2.5. **Attestation des numéros 425736 et 425751 alors que l'assuré ne correspond pas aux critères**

1.2.5.1. Base réglementaire

Article 8 § 1 de la NPS

"A.R. 3.8.2007" (en vigueur 1.10.2007)

"§ 8bis. Précisions concernant les prestations dispensées aux patients psychiatriques chroniques (425736 et 425751). visés sous la rubrique I, B, du § 1^{er}, 1° et 2° :

Pour l'application du présent article, on entend par "patients psychiatriques chroniques", des bénéficiaires souffrant de schizophrénie (DSM IV code 295.xx) ou d'un trouble de l'humeur bipolaire (DSM IV code 296.xx). Le médecin prescripteur doit conserver dans le dossier médical les éléments qui démontrent que le patient répond à cette définition.

Les prestations 425736 et 425751 ne sont remboursées qu'une seule fois par jour et ne peuvent être cumulées au cours d'une même séance avec aucune autre prestation du présent article, sauf une prestation de base."

1.2.5.2. Prestations en cause

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

425736 Préparation et administration de médicaments pour patients psychiatriques chroniques W 0,180 "

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

425751 Préparation et administration de médicaments pour patients psychiatriques chroniques; W 0,269 "

1.2.5.3. Argumentation

Le grief concerne une assurée et est fondé sur les déclarations de l'assurée ainsi que sur celles de Mme A. qui reconnaît avoir mal compris la règle d'application puisque cette dame ne relève pas de la catégorie « patients psychiatriques chroniques » à laquelle s'applique ce code de la nomenclature (cf Note de synthèse, p. 50-51).

Le numéro de nomenclature pour la préparation et l'administration de médicaments à des patients psychiatriques chroniques est attesté quotidiennement. Le dossier infirmier contient une prescription du Dr L. datée du 25.1.2012 pour la préparation de médicaments une fois par semaine.

Comme l'assurée déclare que l'infirmière ne passe pas tous les jours, il est possible qu'une partie des prestations portées en compte n'aient pas été effectuées.

Étant donné que l'assurée ne relève pas de la catégorie à laquelle s'applique ce numéro de la NPS, toutes les prestations attestées ont été considérées non attestables.

1.2.5.4. Conclusion

Pour 1 assurée, au cours de la période du 1.8.2011 au 31.3.2012 (date intro OA : 12.10.2011 au 11.4.2012), 289 prestations non effectuées ont été retenues à grief.

Le montant indu s'élève à 493,11 euros.

	Attesté				Montant
	425014	425412	425736	425751	
Madame M.	70	48	117	54	493,11

1.2.6. **Prestations non attestables (toilette)**

1.2.6.1. Base réglementaire

Article 8 § 6 de la NPS

"§ 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."
 "A.R. 8.7.1997" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 12.9.2001" (en vigueur 1.10.2001) +
 "A.R. 18.7.2002" (en vigueur 1.10.2002)

"2° Les prestations 425110, 425515 ou 425913 effectuées pour un bénéficiaire ne répondant pas aux critères mentionnés à la rubrique II du § 1^{er}, 1°, 2°, 3° ou 3^{bis}, et à la rubrique IV du § 1^{er}, 1° et 2° ne peuvent être attestées qu'une fois par journée de soins."

"A.R. 8.7.1997" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 18.7.2002" (en vigueur 1.10.2002) +
 "A.R. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003) + "A.R. 13.10.2004" (en vigueur 1.1.2005)

"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."

"A.R. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003) + "A.R. 13.10.2004" (en vigueur 1.1.2005) +
 "A.R. 25.10.2006" (en vigueur 1.1.2007)

"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."

1.2.6.2. Prestations en cause

425014 Première prestation de base de la journée de soins W 0,879
 425110 Soins d'hygiène (toilettes) W 1,167
 425412 Première prestation de base de la journée de soins W 1,206
 425515 Soins d'hygiène (toilettes) W 1,754 "

1.2.6.3. Argumentation (voir Note de synthèse, p. 52-53)

La constatation a été faite sur la base de l'échelle de Katz introduite et de l'approbation par l'OA.

Les scores indiqués pour l'échelle de Katz donnent droit à 2 toilettes par semaine.

Mme A. a déclaré qu'avant l'assuré bénéficiait d'une toilette par jour, puis de 2 par semaine.

Pour cette période aussi, l'OA avait donné une autorisation pour 2 toilettes par semaine seulement.

Or, Mme A. atteste une toilette quotidienne. Un courrier a été envoyé à l'assuré pour l'inviter à une audition mais il n'était jamais chez lui. Il séjourne régulièrement à l'étranger. Le dossier infirmier se trouvant au domicile de l'assuré, il n'a par conséquent jamais pu nous être remis.

Sur la base de l'échelle de Katz, complétée par Mme A. elle-même, maximum 2 toilettes peuvent être attestées par semaine. Les jours où un soin de plaie a été effectué, la prestation de base n'a pas été retenue à grief. C'est ainsi qu'il y a plus de toilettes que de prestations de base reprochées.

Comme pour certaines périodes, seule une toilette a été attestée, une toilette le lundi et le vendredi a été acceptée afin de pouvoir effectuer le calcul le plus correctement possible. Les toilettes du week-end ne peuvent jamais être attestées en cas d'autorisation pour 2 toilettes par semaine.

1.2.6.4. Conclusion

Pour 1 assuré, au cours de la période du 1.9.2011 au 30.9.2012 (date intro OA : 31.10.2011 au 31.10.2012), 377 prestations ont été retenues à grief.

Le montant indu s'élève à 2.031,42 euros.

	Attesté				Montant
	425014	425110	425412	425515	
Monsieur N.	72	144	57	104	2.031,42

1.2.7. **Le code 418913 (frais de déplacement supplémentaires en zone rurale) ne peut pas être attesté**

1.2.7.1. Base réglementaire

N.P.S., Article 8 "§ 4. Précisions relatives aux prestations visées à la rubrique I du § 1^{er}, 1°, 2°, 3°, 3^{bis} et 4° :

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

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

CONVENTION NATIONALE ENTRE LES INFIRMIÈRES GRADUÉES OU ASSIMILÉES, LES ACCOUCHEUSES, LES INFIRMIÈRES BREVETÉES, LES HOSPITALIÈRES/ASSISTANTES EN SOINS HOSPITALIERS OU ASSIMILÉES ET LES ORGANISMES ASSUREURS

Art. 4. § 1^{er}. Les honoraires des prestations effectuées au domicile ou résidence du bénéficiaire comprennent un montant moyen correspondant à 0,224 W qui couvre

forfaitairement tous les frais de déplacement des praticiens de l'art infirmier.

§ 2. Pour les prestations effectuées au domicile ou résidence du bénéficiaire situés dans les communes citées ci-après, il est accordé, en outre, pour chaque séance de soins un montant correspondant à 0,546 W (n° de code 418913) qui couvre forfaitairement tous les frais supplémentaires de déplacement des praticiens de l'art infirmier.

Les communes visées à l'alinéa précédent sont les suivantes (ce sont celles situées dans les cantons électoraux visés dans le Moniteur belge du 17 mars 1984 et qui ont une densité de population inférieure ou égale à 120 habitants par km² sur la base des données de population de 1988).

1.2.7.2. Argumentation (voir note de synthèse p. 53)

Le domicile légal de Mme C. est situé à 1000 Bruxelles, commune pour laquelle le code de la NPS pour des frais de déplacement supplémentaires en zone rurale ne peut pas être attesté.

Mme A. reconnaît le grief, dit que c'est une faute et qu'elle n'était pas au courant.

1.2.7.3. Conclusion

Pour 1 assurée, au cours de la période du 1.9.2011 au 30.9.2012 (date intro OA : 19.10.2011 au 17.10.2012), 386 prestations ont été retenues à grief.

Le montant de l'indu s'élève à 677,12 euros.

	Attesté	
	418913	Montant
Madame C.	386	677,12

2 DISCUSSION

2.1 Quant au fondement des griefs

2.1.1 Sur le bien fondé du premier grief relatif à des prestations non effectuées

Il ressort du dossier que les éléments matériels et constitutifs de ce manquement sont réunis et prouvés, notamment sur base :

- des déclarations des assurés et/ou de leurs proches ;
- des déclarations de Madame A. ;
- le cas échéant, des prescriptions médicales et/ou du dossier infirmier.

Madame A. n'a pas contesté les procès-verbaux de constat qui lui ont été notifiés les 11/10/2013 et 03/02/2014.

Elle n'a pas adressé de moyens de défense.

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

2.1.2 Sur le bien fondé du second grief relatif à des prestations non conformes

Il ressort du dossier que les éléments matériels et constitutifs de ce manquement sont réunis et prouvés, notamment sur base :

- des déclarations des assurés et/ou de leurs proches ;
- des déclarations de Madame A. ;
- du constat opéré par l'infirmière contrôleuse ;
- de l'échelle de Katz complétée par Mme A. et de l'approbation de cette échelle par l'OA (cf §3.2.6 de la Note de synthèse) ;
- de la situation géographique du domicile légal de l'assuré (cf §3.2.7 de la Note de synthèse) ;
- le cas échéant, des prescriptions médicales et/ou du dossier infirmier.

Madame A. n'a pas contesté les procès-verbaux de constat qui lui ont été notifiés les 11/10/2013 et 03/02/2014.

Elle n'a pas adressé de moyens de défense.

Par conséquent, au regard de tous les éléments recueillis lors de l'enquête, le second grief est incontestablement 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.

L'indu total a été évalué à **44.168,26 €** pour 3.652 prestations.

Le 11/10/2013, Madame A. s'est vu adresser une invitation au remboursement volontaire d'un montant de 25.309,16 €, accompagnant le procès-verbal de constat du 08/10/2013. Le 26/12/2013, elle l'a retournée signée.

Le 03/02/2014, Madame A. s'est vu adresser une invitation au remboursement volontaire d'un montant de 19.281,09 accompagnant le procès-verbal de constat du 28/01/2014.

Madame A. a procédé au remboursement partiel de l'indu par des versements mensuels entre le 19 février 2014 et le 30 septembre 2015 à hauteur de 20.000 €.

L'indu résiduel s'élève à 24.168,26 €.

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 (prestations réalisées entre le 01/08/2011 et le 31/03/2013).

- **depuis le 1^{er} 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. Pour les prestations réalisées antérieurement et postérieurement à l'entrée en vigueur de ces nouvelles dispositions légales (le 1^{er} janvier 2012), il y a lieu d'appliquer 50 décimes additionnels.
- **la loi du 15 février 2012** (M.B. 08/03/2012) 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, §1er 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 le grief n°2 (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, §1^{er}, 2°, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994).

Le régime des sanctions applicables aux infractions en cause dans le présent litige a évolué au cours de la période infractionnelle.

Lorsque l'infraction est qualifiée de « continue », elle ne prend fin que lorsque cesse la situation « délictueuse ».

Le délit continu qui se poursuit depuis l'entrée en vigueur de la loi nouvelle est régi par celle-ci, fut-elle plus sévère (F. Kuty, Principes généraux du droit pénal belge, tome 1, Larquier, 2007, p. 288, n°530).

Si l'état délictueux mis en œuvre sous l'empire de la loi ancienne perdure après l'entrée en vigueur de la loi nouvelle, il est fait application de la loi nouvelle même plus sévère (Cass., 24.09.1974, Pas., 1975, I, p. 83).

Lorsque l'infraction est qualifiée de «collective» (plusieurs faits qui sont l'exécution successive d'une même résolution criminelle), il faut également appliquer la sanction en vigueur au jour du dernier fait commis : « *la peine applicable au délit collectif est déterminée par la loi en vigueur au jour de la commission de la dernière infraction qui la constitue* » (F. Kuty, Principes généraux du droit pénal belge, tome 1, Larcier, 2007, p. 288, n°531).

La Cour de cassation a ainsi jugé qu'il y a lieu d'appliquer la peine prévue par la loi nouvelle, même plus sévère (Cass., 22.10.2003, J.T., 2004, p 354 et Cass., 25.10.2006, P.06.0751.F)

En effet, la loi en vigueur est alors présumée plus adaptée pour réprimer les faits commis sous son autorité.

Dans la mesure où la période infractionnelle s'étend du 01/08/2011 au 31/03/2013, il y a donc lieu d'appliquer les dispositions de l'article 142, §1, 2° de la loi ASSI coordonnée le 14/07/1994.

2.3.2 Quant à l'amende administrative

L'attestation de prestations non effectuées est l'infraction la plus grave qui puisse être constatée par le Service d'évaluation et de contrôle médicaux à l'encontre d'un dispensateur de soins car elle caractérise la rupture du lien de confiance entre l'INAMI, les organismes assureurs et le dispensateur de soins.

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

Compte tenu du nombre très important de prestations non effectuées attestées par Madame A. (1.070 prestations), de la longueur de la période concernée (introduction aux organismes assureurs d'octobre 2011 à février 2013) et du caractère élevé de l'indu en cause (21.524,63 euros), Madame A. a clairement spolié les deniers de l'assurance soins de santé et donc de la collectivité, ce qui justifie l'application d'une sanction assez haute.

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 appréciation souple et extensive des conditions fixées par la Nomenclature, par exemple en matière d'évaluation de l'état de dépendance physique de l'assuré, d'attestation de prestations de soins de plaie complexes (alors que la plaie ne répond pas à la description) ou encore de la préparation et de l'administration de médicaments à des patients psychiatriques chroniques.

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.

En ne respectant pas les règles relatives à l'évaluation de l'état de dépendance physique des assurés, à l'attestation d'honoraires forfaitaires, à l'attestation de prestations en disposant d'une prescription valable, à l'attestation de prestations de soins de plaie complexes, à l'attestation de préparation et d'administration de médicaments à des patients psychiatriques chroniques ou encore aux frais de déplacement supplémentaires en zone rurale, Madame A. a manqué à ses obligations légales en tant que dispensateur de soins.

Dans ces conditions, au regard de la clarté de la Nomenclature, du nombre élevé de prestations (2582 prestations), de la longueur de la période infractionnelle (prestations réalisées entre le 01/08/2011 et le 31/03/2013) et du caractère élevé de l'indu (22.643,63 €), il convient d'appliquer à Mme A. une sanction assez haute.

Eu égard à l'ensemble de ces éléments et au regard de la jeune expérience de Madame A. au moment de la commission des faits (diplômée en 2006), il est justifié de prononcer à l'encontre de celle-ci :

- au titre du grief n°1 une amende administrative de 150% du montant indu à rembourser (LC 14.07.1994, art. 142, §1^{er}, 2°), soit 32.286,94 € (indu de 21.524,63 €).
- au titre du grief n°2, une amende administrative de 100% du montant indu à rembourser (LC 14.07.1994, art. 142, §1^{er}, 2°), soit 22.643,63 € (indu de 22.643,63 €).

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.

Pour fixer le quantum de cette sanction, il convient cependant de tenir compte, non seulement des éléments rappelés ci-dessus, mais aussi de l'absence d'antécédents dans le chef de l'intéressée. 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 :

- au titre du grief n°1, de 150% du montant indu à rembourser (LC 14.07.1994, art. 142, §1^{er}, 2°), soit 32.286,94 €, assortie d'un sursis partiel d'une durée de 3 ans à hauteur des 2/3 de l'amende, soit une amende effective de 10.762,31 € et une amende assortie d'un sursis de 21.524,63 €.
- au titre du grief n°2, de 100% du montant indu à rembourser (LC 14.07.1994, art. 142, §1^{er}, 2°), soit 22.643,63 €, assortie d'un sursis partiel d'une durée de 3 ans à hauteur des 3/4 de l'amende, soit une amende effective de 5.660,91 € et une amende assortie d'un sursis de 16.982,72 €.

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 Madame A. à rembourser la valeur des prestations indues s'élevant à 44.168,26 € ;
- Constate qu'au 30 septembre 2015, Madame A. a déjà remboursé 20.000 € et que **l'indu résiduel qu'il lui reste à devoir rembourser s'élève à 24.168,26 €** ;
- Condamne Madame A. à payer une amende au titre du grief n°1 de 150% du montant indu à rembourser, soit une amende administrative de 32.286,94 €, assortie d'un sursis partiel d'une durée de 3 ans à hauteur des 2/3 de l'amende, **soit une amende effective de 10.762,31 € et une amende assortie d'un sursis de 21.524,63 €.**
- Condamne Madame A. à payer une amende au titre du grief n°2 de 100% du montant indu à rembourser, soit 22.643,63 €, assortie d'un sursis partiel d'une durée de 3 ans à hauteur des 3/4 de l'amende, **soit une amende effective de 5.660,91 € et une amende assortie d'un sursis de 16.982,72 €.**

Ainsi décidé à Bruxelles, le 12/10/2015

Le Fonctionnaire – dirigeant,

Dr Bernard HEPP
Médecin-directeur général