

## DECISION DU FONCTIONNAIRE-DIRIGEANT DU 26 OCTOBRE 2021

Concerne : **Monsieur A.**

**Praticien de l'art infirmier- assistant en soins hospitaliers**

**BRS/F/22-008**

**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 (voir pour le détail la note de synthèse) concernant Monsieur A., suite à l'enquête menée par les inspecteurs du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI.

En résumé, il lui est reproché :

#### **1.1. Premier grief :**

**Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer des documents réglementaires permettant le remboursement des prestations de santé lorsque les prestations n'ont pas été effectuées ou fournies**

Infraction visée à l'article 73bis, 1° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 et tombant sous l'application du prescrit de l'article 142 § 1er, 1° de ladite loi.

##### **1.1.1. *Principe général* :**

Les prestations ne sont remboursables par l'assurance soins de santé 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 LC du 14/07/1994 qui dispose :

Loi 10/04/2014 - M.B. 30/04/2014 – d'application à partir du 01/07/2015

« (...)

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, (...).

(...)

Sans préjudice des obligations établies en vertu de l'article 320 du Code des impôts sur les revenus 1992, les documents visés à l'alinéa 1er sont remplacés par une transmission de données par le

dispensateur de soins aux organismes assureurs au moyen d'un réseau électronique, selon les modalités administratives déterminées par le Comité de l'assurance. (...)

### **1.1.2. Prestations en cause :**

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

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

III. Prestations techniques spécifiques de soins infirmiers.

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

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

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

(...)

"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 13.10.2004" (en vigueur 1.1.2005) + "A.R. 17.9.2005" (en vigueur 1.10.2005)

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.

(...)

III. Prestations techniques spécifiques de soins infirmiers.

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

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

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

### **1.1.3. Argumentation**

Il apparaît que sont portées en compte des prestations non effectuées.

Il s'agit des prestations 425375 et 425773, prestations techniques spécifiques.

Le détail du grief figure au point 3.1.2 de la note de synthèse p.18 à 19.

### **1.1.4. Conclusion**

Ce grief concerne 174 prestations pour un assuré. La période correspondante de réception aux O.A. s'étend du 30/04/2018 au 31/05/2018.

L'indu correspondant s'élève à 8.212,16 euros.

## **1.2. Deuxième grief**

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

Infraction visée à l'art 73bis, 2° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 et tombant sous l'application du prescrit de l'article 142 § 1er, 2° de ladite loi.

### **1.2.1. *Base réglementaire du grief :***

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

+ "A.R. 22.11.2013" (en vigueur 1.1.2014) + "A.R. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014)

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

"§ 11. Le praticien de l'art infirmier ne peut établir ni signer une attestation de soins donnés lorsque les prestations sont effectuées par une personne non habilitée à les porter en compte à l'assurance soins de santé, qui se substitue en tout ou en partie au praticien de l'art infirmier, même en présence de ce dernier."

"L'infirmier peut néanmoins rédiger une attestation de soins donnés et la signer si les prestations sont effectuées entièrement ou en partie par un aide-soignant selon les conditions et les modalités du § 12 du présent article."

"L'assistance d'une tierce personne ne peut être sollicitée que si l'état du patient nécessite une aide durant l'exécution de la prestation."

"§ 12 Dispositions détaillées concernant les prestations dans le cadre desquelles un aide-soignant effectue des activités infirmières, confiées par un infirmier :

1° Sans porter préjudice aux dispositions des autres paragraphes du présent article, une intervention de l'assurance est octroyée pour les prestations décrites dans cet article dans le cadre desquelles un aide-soignant effectue des activités infirmières, confiées par un infirmier, aux conditions mentionnées dans le présent paragraphe. Par « aide-soignant » on entend la personne visée à l'article 21sexiesdecies de l'arrêté royal n°78 du 10 novembre 1967. Les « activités infirmières » en question sont fixées par l'AR du 12 janvier 2006 fixant les activités infirmières qui peuvent être effectuées par des aides-soignants et les conditions dans lesquelles ces aides-

soignants peuvent poser ces actes. Si les conditions de ce paragraphe ne sont pas remplies il n'y a pas d'intervention de l'assurance.

2° Ces prestations doivent être dispensées au sein d'une équipe structurée. Cette équipe doit se composer d'au moins 4 infirmiers qui ont tous adhéré à la convention nationale et qui exercent l'art infirmier à titre principal. Cette équipe utilise le même numéro tiers-payant de groupe.

En outre, cette équipe doit chaque mois être composée de minimum 4 infirmiers qui ensemble attestent chaque mois des prestations de l'article 8 pour une valeur minimale de 4 000 W et ce durant une période de 6 mois précédant le mois au cours duquel une prestation attestée a été dispensée par un aide-soignant.

Il doit à chaque fois s'agir des infirmiers qui ont effectivement collaboré à un aspect des soins dispensés aux patients, à l'exception d'aspects administratifs ou de coordination. En ce qui concerne la condition d'activité susmentionnée, les prestations pour lesquelles des aides-soignants ont dispensé les soins entièrement ou en partie ne sont pas prises en considération.

L'équipe structurée doit avoir conclu des accords internes sur les modalités pratiques de la délégation d'activités infirmières aux aides-soignants et sur la collaboration entre les membres de l'équipe. Ces accords internes doivent répondre à une directive qui est fixée par le Comité de l'assurance soins de santé. Le respect de ces accords est une condition pour l'intervention de l'assurance.

**L'équipe structurée doit introduire une déclaration sur l'honneur auprès de l'INAMI conformément à une directive fixée par le Comité de l'assurance soins de santé, comprenant au moins les données permettant d'identifier l'équipe. "**

"3° Maximum 25% des prestations de base attestées, aussi bien dans les honoraires forfaitaires qu'en dehors, qui sont dispensées au cours d'un mois calendrier par une équipe structurée peuvent être effectuées par des aides-soignants.

4° Les aides-soignants ne peuvent dispenser d'actes dans le cadre des honoraires visés aux rubriques IV et V du § 1er, 1° et 2°.

5° Dans le cadre de la délégation, fixée dans l'arrêté royal du 12 janvier 2006 fixant les activités infirmières qui peuvent être effectuées par des aides-soignants et les conditions dans lesquelles ces aides-soignants peuvent poser ces actes, les infirmiers effectuent des visites de contrôle. Au cours de cette visite de contrôle, on vérifie si cette délégation se déroule correctement. Lors de cette visite de contrôle, l'infirmier doit dispenser lui-même les soins nécessaires au cours de cette visite, éventuellement en présence de l'aide-soignant. Les soins au patient ne peuvent être étalés sur plusieurs séances de soins que pour des raisons médicales figurant sur la prescription.

Le nombre minimum de visites de contrôle est fixé à une fois par mois pour chaque patient chez qui un aide-soignant effectue des activités infirmières, excepté :

a) dans le cadre des honoraires forfaitaires, dénommés forfaits A, où une visite de contrôle doit être effectuée au moins deux fois par mois;

b) dans le cadre des honoraires forfaitaires, dénommés forfaits B, où une visite de contrôle doit être effectuée au moins quatre fois par mois;

c) dans le cadre des honoraires forfaitaires, dénommés forfaits C, où au moins une visite de contrôle quotidienne doit être effectuée.

La fréquence et les moments de ces visites de contrôle doivent être adéquats du point de vue de la situation de soin du patient et doivent être motivés dans un dossier infirmier.

6° L'infirmier qui délègue peut attester l'activité de l'aide-soignant en son propre nom par le biais des codes nomenclature en question au § 1er, moyennant l'identification de l'aide-soignant via le numéro INAMI du dispensateur et des prestations dispensées par cet aide-soignant sur l'attestation de soins donnés ou un document similaire. Les honoraires couvrent cette activité, ainsi que tous les aspects de contrôle et de surveillance, fixés dans l'arrêté royal du 12 janvier 2006."

### **1.2.2. Argumentation**

Il apparait que sont portées en compte des prestations non conformes.

Il s'agit de prestations réalisées par du personnel tiers non habilité. Il s'agit d'aides-soignants non autorisés à prêter des prestations de santé dans le cadre d'un groupement infirmier.

Le détail du grief figure au point 3.2.2 de la note de synthèse p.23 à 24.

### **1.2.3. Conclusion**

Ce grief concerne 1398 prestations pour cinq assurés. La période correspondante de réception aux O.A. s'étend du 09/04/18 au 16/10/2018.

L'indu correspondant s'élève à 5.550,96 euros.

Pour ces griefs, l'indu total a été évalué à 13.763,12 euros.

Monsieur A. n'a pas procédé au remboursement de l'indu.

## **2 DISCUSSION**

### **Moyens de défense :**

Une invitation à faire parvenir des moyens de défense a été adressée à Monsieur A. par un courrier recommandé daté du 03/06/2022. Il a été accusé réception de ce courrier le 08/06/2022.

Dans les moyens de défense transmis par Mr A, reçus le 7/09/2022, ce dernier explique qu'il aurait voulu être entendu à titre personnel et ne pas avoir pu jouir de son droit.

Il conteste les non prestations de perfusion de Chlorure de sodium (0,9%) pour l'assuré B.

Les prestations confiées par l'épouse de l'assuré sont des dépannages effectués, en raison d'un manque de perfusions non livrées, par un autre fournisseur que la pharmacie du coin dont il ignore la provenance. L'épouse de l'assuré voulait tout gérer elle-même.

Mr A. explique également avoir donné un stock issu d'un don suite au décès d'un patient.

Quand l'épouse de l'assuré constatait que ce fournisseur ne pourrait donner les fournitures nécessaires aux soins, elle allait rechercher des poches de stock à la pharmacie ce qui explique les 4 petites perfusions de 100 ml.

Il a bien reçu les soins contestés.

Quand Mr A. a été mis hors de chez ce patient, Madame C. a tenu des propos injurieux sur Facebook. Suite à l'intervention de la police, elle a retiré ces messages.

Mr A. joint à ses moyens de défense une plainte déposée à l'encontre de Madame D. pour propos mensongers, propos injurieux tenus devant ses enfants et menaces à l'encontre de sa femme.

Pour le reste, Mr A. explique avoir fait une demande de groupe et quand il a constaté ne pas être en ordre, les aides-soignants ont été licenciés.

Sa société est en faillite et les comptes ont été clôturés par les curateurs.

### **Réponses du SECM aux moyens de défense de Mr A. :**

Mr A. déclare qu'il n'a pas pu exercer son droit d'être entendu.

*Le SECM soulève* qu'un procès-verbal de constat du 09/02/2021 a été envoyé le 12/02/2021 par recommandé.

Un entretien téléphonique a eu lieu le 9 février 2021, à 14 h50, avec Monsieur A. pour l'informer de l'envoi du procès-verbal de constat par recommandé postal.

Lors de cet entretien, l'inspecteur social a indiqué à Mr A. que, n'ayant pas été auditionné suite à la pandémie, il avait le droit de demander à être entendu et de faire parvenir des remarques par écrit quant aux faits reprochés. Le rapport du contenu de l'entretien téléphonique lui a été envoyé par courriel le 9 février 2021 à 15h22 (pièce 0203 du dossier d'enquête ...).

L'inspecteur social a contacté Mr A. le 9/06/2021 pour lui rappeler la demande de remboursement suite au procès-verbal de constat. Mr A. a expliqué ses difficultés personnelles et a affirmé vouloir rembourser. A aucun moment, Mr A. n'a demandé à être entendu (constat d'entretien téléphonique- pièce 0219 du dossier d'enquête).

Le 10/06/2021, Mr A. a réitéré son désir de rembourser les sommes dues par un courriel en réponse à l'email de l'inspecteur social reprenant le rapport du contenu de l'entretien téléphonique du 9 février 2021. Il ne demande à aucun moment d'être auditionné (pièce 0220 du dossier d'enquête).

Il résulte de ces différents échanges qu'à aucun moment Mr A. n'a demandé à être entendu alors que la possibilité lui en avait été donnée et rappelée.

En ce qui concerne les prestations non effectuées concernant l'assuré B., Mr A. affirme que l'épouse de l'assuré faisait appel à un autre fournisseur que la pharmacie dont il ignore la provenance.

*Le SECM relève* que Mr A. n'apporte, dans ses moyens de défense, aucun élément de nature à étayer ses affirmations et à remettre en cause les constats qui ont été opérés par le service.

Mr A. explique également avoir donné un stock issu d'un don suite au décès d'un patient.

A cet égard, le service relève que procéder à de tels actes correspond à l'accomplissement habituel de la délivrance à titre gratuit de médicaments, ce qui serait passible des sanctions pour l'exercice illégal de l'art pharmaceutique. En effet, l'art. 4 de l'A.R. du 10/11/1967, n°78, relatif à l'exercice des professions des soins de santé dispose que :

*« § 1er. Nul ne peut exercer l'art pharmaceutique s'il n'est porteur du diplôme légal de pharmacien obtenu conformément à la législation sur la collation des grades académiques et le programme des examens universitaires ou s'il n'en est légalement dispensé et s'il ne réunit pas en outre les conditions imposées par l'article 7, (...).  
Constitue l'exercice illégal de l'art pharmaceutique, l'accomplissement habituel par une personne ne réunissant pas l'ensemble des conditions requises par l'alinéa 1er du présent paragraphe de tout acte ayant pour objet la préparation, l'offre en vente, la vente en détail et la délivrance, même à titre gratuit, de médicaments ».*

Une telle argumentation ne peut en effet être suivie, les explications de Mr A. pouvant donner lieu à des poursuites pénales.

De plus, si de tels actes ont été accomplis, il n'en résulte pas que ces perfusions utilisées l'ont été effectivement sur Monsieur B.

Les explications de Mr A. quant au retrait des propos injurieux de Mme C. et à la plainte qu'il a déposée à l'encontre de Madame D. ne remettent pas en cause les constats opérés par le service.

A cet égard, Madame E., infirmière ayant travaillé pour Mr A., a déclaré, au cours de l'enquête, en ce qui concerne l'assuré B. (nous soulignons) :

*« ...J'y allais beaucoup, 2 passages par jour. Minimum une heure de soins, il est en soins palliatifs. Sa femme prépare tout, il mange seul. ...Jusque fin avril 19, il n'a jamais eu de perfusions. ».*

En ce qui concerne les prestations non conformes, Mr A. explique avoir fait une demande de groupe et quand il a constaté ne pas être en ordre, les aides-soignants ont été licenciés.

Le service relève que le fait que Mr A. a licencié les aides-soignants quand il a constaté ne pas être en ordre au niveau de la réglementation ne remet pas en cause les constats du service portant sur le fait que des prestations de santé ont été réalisées par du personnel non habilité à les réaliser.

## **2.2. Fondement des griefs :**

### **Sur le bien fondé du grief 1 relatif à des prestations non effectuées :**

Il ressort du dossier que les éléments matériels et constitutifs du grief 1 sont réunis et prouvés sur base :

- de l'analyse des relevés de médicaments fournis par les pharmacies
- de l'audition de l'infirmière E.

Au regard de ces éléments, le grief 1 est établi.

### **Sur le bien fondé du grief 2 relatif à des prestations non conformes :**

Il ressort du dossier que les éléments matériels et constitutifs du grief 2 sont réunis et prouvés sur la base :

- de l'audition de Madame F., Directrice de la ...
- de l'audition de l'infirmière E.
- de l'audition de l'aide-soignante Madame G.
- de l'audition de l'aide-soignant H.

Au regard de ces éléments, le grief 2 est établi.

## **2.3. Quant à l'indu**

Les griefs ont entraîné des débours indus dans le chef de l'assurance obligatoire soins de santé pour un montant de 13.763,12 €.

Les griefs étant fondés, il y a lieu de condamner Monsieur A. au remboursement de l'indu, en application de l'article 142, §1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup> et 2<sup>o</sup>, de la loi SSI coordonnée le 14 juillet 1994, soit la somme de 13.763,12 euros.



## **2.4. Quant à l'amende**

### ***Quant au régime de l'amende administrative***

Les mesures prévues à l'articles 142, §1<sup>er</sup>, 1° et 2° de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 sont d'application, à savoir :

- pour les prestations non effectuées (grief n°1), le 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 du remboursement ;
- et, pour les prestations non conformes (griefs n°2), le 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 du remboursement.

### ***Quant au quantum de l'amende administrative***

Le SECM estime nécessaire de prononcer une amende administrative à charge de Monsieur A.

**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<sup>1</sup>.

En attestant des prestations qui n'ont pas été réalisées, Monsieur 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 caractère élevé de l'indu en cause (8.212,16 €), de l'expérience de Monsieur A. (il est diplômé depuis 1995 et travaille dans les soins à domicile depuis 2008) et de la clarté de la nomenclature, Monsieur 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.

Il est donc justifié de prononcer à l'encontre de Monsieur A. au titre du grief de prestations non effectuées une amende administrative de 150% du montant indu à rembourser (LC 14/07/1994, art. 142, §1<sup>er</sup>, 1°), soit 12.318,24 euros.

**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 les conditions dans le cadre desquelles un aide-soignant effectue des activités infirmières, confiées par un infirmier.

---

<sup>1</sup> C. arb. 30/10/2001, n°26/2002 ; C. arb. 30/01/2002, n°98/2002 ; C. arb. 12/03/2003, n°31/2003 ; C. const. 31/01/2019, n°15/2019

Les règles de la Nomenclature des prestations de santé sont de stricte interprétation et doivent être appliquées rigoureusement<sup>2</sup> car les dispensateurs de soins collaborent à un service public, ce qui repose sur un rapport de confiance notamment entre l'INAMI, les organismes assureurs et les dispensateurs de soins<sup>3</sup>.

Le respect des formalités administratives prévues par la réglementation telles que les règles entourant les actes prestés par les aides-soignants est un des fondements de ce rapport de confiance, puisque ces normes sont clairement et expressément énoncées dans la réglementation.

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 encadrant les prestations accomplies par les aides-soignants, Monsieur A. a manqué à ses obligations légales en tant que dispensateur de soins.

Dans ces conditions, au regard de ces éléments mais aussi compte tenu de la clarté de la nomenclature, de l'expérience de Mr A. (diplômé en 1995, dans les soins à domicile depuis 2008), du nombre de prestations (1398 prestations) et du montant de l'indu (5550,96 €), il est justifié de prononcer à l'encontre de Mr A., au titre des griefs de prestations non conformes, une amende administrative de 100% du montant indu à rembourser (LC 14.07.1994, art. 142, §1<sup>er</sup>, 2<sup>o</sup>), soit 5.550,96 €.

En conséquence, eu égard à l'ensemble des éléments susmentionnés, le fonctionnaire- dirigeant estime justifié le prononcé des amendes suivantes :

- du grief de prestations non effectuées, une amende administrative de 150% du montant des prestations induit attestées à charge de l'assurance soins de santé (LC 14.07.1994, art. 142, §1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup>), soit 12.318,24 euros,
- du grief de prestations non conformes, une amende administrative de 100% du montant des prestations induit attestées à charge de l'assurance soins de santé (LC 14.07.1994, art. 142, §1<sup>er</sup>, 2<sup>o</sup>), soit 5.550,96 euros

## **2.5. Quant à la révocation du sursis**

Monsieur A. a déjà fait l'objet d'une mesure infligée par le Fonctionnaire-dirigeant du SECM : il s'agit du dossier d'enquête ... dans lequel le Fonctionnaire-dirigeant du SECM a pris une décision condamnant Monsieur A. au remboursement d'un indu de 13.972, 36 euros et à une amende de 100 % du montant des prestations reprochées dont 25% assortie d'un sursis de trois années, soit une amende effective de 10.479,27 euros et une amende de 3493,09 euros assortie d'un sursis de trois années (décision datée du 29.06.2018).

Etant donné que Monsieur A. a reçu à nouveau un procès-verbal de constat comprenant certaines prestations litigieuses introduites aux OA du 10/07/18 au 16/10/18, il se trouve en situation de récidive au sens de l'article 157 § 1<sup>er</sup> de la loi coordonnée le 14 juillet 1994. Par conséquent, le

---

<sup>2</sup> Cass. 20/11/2017, C.15.02132.N.

<sup>3</sup> C. arb. 30/10/2001, n°26/2002 ; C. arb. 30/01/2002, n°98/2002 ; C. arb. 12/03/2003, n°31/2003 ; C. const. 31/01/2019, n°15/2019

sursis est révoqué et Monsieur A. doit également payer la partie de l'amende frappée de sursis c'est-à-dire la somme de 3493,09 €.

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 deux griefs établis ;
- Condamne Monsieur A. à rembourser la valeur des prestations indues s'élevant à 13.763,12 euros ;
- Condamne Monsieur A. à payer une amende de 150% du montant des prestations indument attestées à charge de l'assurance soins de santé (LC 14.07.1994, article 142, §1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup>), soit 12.318,24 euros ;
- Condamne Monsieur A. à payer une amende de 100% du montant des prestations indument attestées à charge de l'assurance soins de santé (LC 14.07.1994, article 142, §1<sup>er</sup>, 2<sup>o</sup>), soit 5.550,96 euros ;
- Révoquant le sursis accordé par décision du 29 juin 2018, condamne Monsieur A. à payer la partie de l'amende qui était frappée de sursis c'est-à-dire la somme de 3493,09 euros ;
- Dit qu'à défaut de paiement des sommes dues dans les trente jours de la notification de la présente décision, des intérêts au taux légal en matière sociale, tel que prévu à l'article 2, §3, de la loi du 5 mai 1865 relative au prêt à intérêt, seront dus, de plein droit, à compter de l'expiration du délai précité.

Ainsi décidé à Bruxelles, le (date de signature)

Le Fonctionnaire-dirigeant,