

**DECISION DU FONCTIONNAIRE-DIRIGEANT DU 17 FEVRIER 2017  
BRS/F/16-032**

Concerne : **Monsieur P.**  
Praticien de l'art infirmier  
**Et**  
**SCS "B."**  
BCE : ...

**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**

3 griefs ont été formulés (voir pour le détail la note de synthèse précitée) 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 Grief 1**

**Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer des documents réglementaires permettant le remboursement des prestations de santé lorsque les prestations n'ont pas été effectuées ou fournies ou lorsqu'elles ont été effectuées ou fournies durant une période d'interdiction temporaire ou définitive d'exercice de la profession, au sens de l'article 73bis 1° de la loi relative à l'assurance soins de santé et indemnité coordonnée le 14-07-1994.**

En l'espèce il s'agit de prestations de l'article 8 § 1<sup>er</sup> 1<sup>o</sup> II, 2<sup>o</sup> I II de la nomenclature, portées en compte au nom de 8 assurés alors qu'elles n'ont pas été dispensées.

#### **1.1.1 Base légale du grief**

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

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

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

#### **1.1.2 Fondements du grief**

Le grief se fonde sur :

- l'analyse des données informatisées transmises et authentifiées par les différents organismes assureurs conformément au prescrit de l'article 138 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994,
- la transmission par un pharmacien-inspecteur du SECM, du listing PHARMANET (délivrances pharmaceutiques) établi au nom des assurés repris ci-après,
- l'audition des assurés ou d'un proche.

### 1.1.3 Conclusions pour le grief 1

Le grief 1 est donc formulé pour les prestations suivantes échelonnées entre le 01-03-2014 (introduite le 11-04-2014) et le 31-05-2015 (introduite le 30-06-2015) ; les PVC étant datés du 11-03-2016, aucune des prestations ne fait l'objet de l'application des dispositions de l'article 142, § 2 de la LC (prescription biennale) :

NOM Prénom	425014	425036	425110	425412	425515	424351	424513	425316	425375	428035	Indu
Monsieur C.	170	2	178	82	82						2.014,46 €
Monsieur D.	209			137		129	129				3.043,19 €
Madame E.								2	2	2	170,88 €
Madame F.	89		98	109	32	32	26				2.213,57 €
Madame G.	81		82	64							1.196,55 €
Monsieur H.	8			4	8	8	4				121,48 €
Monsieur I.	46			25	46	46	25				723,81 €
Monsieur J.	20		20	18	9	9	8				438,31 €
<b>TOTAUX</b>	<b>623</b>	<b>2</b>	<b>378</b>	<b>439</b>	<b>177</b>	<b>224</b>	<b>192</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>9.922,25 €</b>

## 1.2 Grief 2

**Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer les 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 la présente loi, ses arrêtés d'exécution ou les conventions ou accords conclus en vertu de cette même loi, s'agissant de prestations de soins d'hygiène non attestables au sens de l'article 8, § 6, 8° de la nomenclature (toilettes incomplètes).**

Il s'agit d'un cas au nom duquel des prestations de soins d'hygiène ont été portées en compte alors que ces soins se bornaient à laver le dos.

### 1.2.1 Base légale du grief

Le SECM rappelle à cet égard les dispositions du § 6, 8° de l'article 8 de la nomenclature des prestations de santé :

**§ 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 jurisprudence de la Chambre de Recours de l'INAMI en date du 12/01/2012 (E/....) 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. (...) »

### 1.2.2 **Fondement du grief**

Le grief se fonde sur :

- les déclarations de la bénéficiaire en dates des 19-01-2016 et 27-01-2016
- les aveux de M. A. en date du 14-03-2016
- l'analyse du dossier infirmier transmis le 16-03-2016.

### 1.2.3 **Conclusions pour le grief 2**

Le grief 2 est donc formulé pour les prestations suivantes échelonnées entre le 10-04-2014 (introduite le 31-05-2014) et le 31-05-2015 (introduite le 30-06-2015) ; les PVC étant datés du 11-03-2016, aucune des prestations ne fait l'objet de l'application des dispositions de l'article 142, § 2 de la LC (prescription biennale) :

NOM Prénom	425110	425515	Indu
Madame K.	147	106	1.200,58 €
<b>TOTAUX</b>	<b>147</b>	<b>106</b>	<b>1.200,58 €</b>

## 1.3 **Grief 3**

**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 au sens de l'article 73bis, 2° ; à savoir : des prestations portées en compte alors que la condition de remboursement reprise à l'article 8, § 3, 5° de la nomenclature n'était pas satisfaite.**

Le grief est formulé pour 1 assurée pour laquelle des prestations de soins infirmiers ont été portées en compte alors que le dossier infirmier n'a pas pu être produit.

### 1.3.1 **Base légale**

#### 1.3.1.1 **Le texte de la nomenclature**

L'article 8 de la nomenclature dispose :

« (...) § 3. Aucuns honoraires ne sont dus :

(...)

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

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

1° La prestation de base, visée à la rubrique I, A du § 1<sup>er</sup>, 1°, 2°, (...) 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;

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

(...)

- les données d'identification du bénéficiaire;
- l'échelle d'évaluation telle que prévue au § 5 chaque fois que la nomenclature l'exige;
- le contenu de la prescription telle que prévue au § 2 (copie ou transcription de la prescription en cas de dossier automatisé) chaque fois que la nomenclature l'exige;
- les données d'identification du prescripteur chaque fois que la nomenclature l'exige;
- l'identification des soins infirmiers effectués au cours de chaque journée de soins;
- l'identification des praticiens de l'art infirmier qui ont dispensés ces soins;
- la mention relative à la continence visée au § 6, 4°, chaque fois que la nomenclature l'exige.

Lorsque les soins infirmiers dispensés au bénéficiaire comportent des prestations techniques, décrites à la rubrique I, B du § 1<sup>er</sup>, 1°, 2°, (...) de cet article, le contenu minimal du dossier infirmier comporte alors, en plus des éléments du premier alinéa de cette disposition, également :

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

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

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

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

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

Lorsque les soins infirmiers dispensés au bénéficiaire comportent (...), ou des soins de plaie(s) spécifiques, décrits au § 8, 1° de cet article ou d'autres prestations décrites au § 1<sup>er</sup>, 1°, (...) VI (...) et au § 1<sup>er</sup>, 2°, (...) VI, (...)

Dans les hypothèses visées à l'alinéa 6, par dérogation à l'alinéa 3 et à l'exception des prestations du § 1<sup>er</sup>, 1°, VI (...), et du § 1<sup>er</sup>, 2°, VI, les éléments relevant concernant la planification et l'évaluation des soins mentionnées dans le deuxième alinéa doivent être mentionnés au moins chaque semaine dans le dossier infirmier.

Pour ce paragraphe, la semaine s'entend du lundi 0 heure au dimanche 24 heures.

La planification et l'évaluation des soins doivent répondre, au niveau de leur contenu, à une directive fixée par le Comité de l'assurance soins de santé sur proposition de la Commission de conventions praticiens de l'art infirmier - organismes assureurs.

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

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

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

3° Les prestations de base visées à la rubrique I, A du § 1<sup>er</sup>, 1°, 2°, (...) 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°, 2°, (...)

"4° Sans préjudice des dispositions du § 6, les prestations 425110, (...), 423076, (...), 424351, (...), 425515, (...), 423275, (...), 424513, (...) ne peuvent être attestées qu'une seule fois par séance de soins infirmiers."

(...) »

### 1.3.1.2 Jurisprudence

#### 1.3.1.2.1 SECM contre Madame F. - N° de rôle FA-003-09 et FA-038-09

Chambre de première instance - décision prononcée le 24 juin 2010:

« Le Service d'évaluation et de contrôle médicaux formule deux griefs à l'égard de madame F.

Ces griefs sont les suivants:

avoir porté en compte des prestations non effectuées (...);

avoir porté en compte des prestations non conformes en attestant des prestations pour lesquelles n'était pas tenu de "dossier infirmier".

(...)

Le Service d'évaluation et de contrôle médicaux explique également que madame F. ne tenait pas de dossier infirmier pour les patients (...), même si c'était sans doute sur base des consignes de monsieur V. Par conséquent, toutes ses prestations (...) étaient attestées de manière non conforme et ne pouvaient donner droit au remboursement.

(...)

#### La réalité des griefs

La Chambre constate que la réalité des griefs adressés à madame F. n'est pas contestée en tant que telle, hormis quelques prestations visées par le premier grief et qu'elle soutient avoir accomplies elle-même.

Cette dernière réserve est cependant sans pertinence dès lors que ces prestations, même effectuées par madame F. et exclues du premier grief, relèvent alors du second puisqu'elles n'ont, pas d'avantage que les autres, fait l'objet de mention dans le dossier infirmier et qu'elles ont donc été indument portées en compte.

(...) »

#### 1.3.1.2.2 Madame J. contre SECM n° de rôle FA-013-13

Chambre de première instance - décision prononcée le 21 janvier 2015:

« En l'espèce, l'article 8 §4, 2° de la NPS prévoit en ce qui concerne la tenue du dossier infirmier:

(...)

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

Sans préjudice des délais de conservation imposés par d'autres législations, le dossier infirmier doit être conservé pendant une période d'au moins cinq ans.<sup>7</sup>

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

Cette disposition est claire.

Si elle ne prévoit effectivement pas de condition de forme concernant la tenue du dossier infirmier, il s'agit en l'occurrence de laisser le choix au prestataire de soins entre la forme manuscrite et la voie électronique, via un notamment un programme informatique. Il ne se déduit nullement de cette disposition que la simple communication de certaines informations aux OA constitue ce dossier infirmier. Ce ne sont pas les OA qui sont responsables de la tenue du dossier infirmier,

mais bien le dispensateur de soins, comme cela ressort clairement de la disposition en cause, et c'est ce dernier qui doit conserver le dossier infirmier pendant au moins 5 ans.

Madame J. ne peut donc se dédouaner de son obligation de tenir un dossier infirmier en renvoyant aux informations détenues par les OA, qui ne sont nullement centralisées et non accessibles aux autres dispensateurs de soins qui seraient amenés à dispenser des soins au domicile de l'assuré.

Par ailleurs, les données de facturation communiquées aux OA ne contiennent pas toutes les données exigées pour la tenue du dossier infirmier.

En l'espèce, il ressort des auditions des assurés concernés qu'il n'y avait aucun dossier infirmier ni carnet de soins présents chez eux pour la période litigieuse (...).

Madame J. travaille en outre dans un hôpital. Elle ne peut ignorer les obligations qui reposent sur les infirmiers en ce qui concerne la tenue du dossier infirmier.

(...)

La Chambre de première instance ne peut dès lors que constater que le grief principal invoqué par le SECM, est établi. L'indu total s'élève à (...) €. (...)

Par conséquent, il n'y a pas lieu d'examiner les griefs subsidiaires invoqués par le SECM (absence de dossier infirmier palliatif et soins de plaie complexes, administration de l'alimentation parentérale non-conforme, surscorage de l'état de dépendance physique, surscorage de l'échelle d'évaluation, prestations de base non-attestantes, autres déplacements indus).

(...) »

### 1.3.2 **Fondement du grief**

Le grief se fonde sur :

- les aveux de M. A. en date du 17-03-2016 (Cf pièce 411)
- l'impossibilité de fournir le dossier de Mme L.

### 1.3.3 **Conclusions pour le grief 3**

Le grief 3 est donc formulé pour les prestations suivantes échelonnées entre le 01-03-2014 (introduite le 30-04-2014) et le 31-05-2015 (introduite le 30-06-2015) ; les PVC étant datés du 11-03-2016, aucune des prestations ne fait l'objet de l'application des dispositions de l'article 142, § 2 de la LC (prescription biennale) :

NOM Prénom	425014	425036	425110	425412	425434	425515	Indu
Madame L.	41	48	93	25	61	87	1.895,74 €
<b>TOTAUX</b>	<b>41</b>	<b>48</b>	<b>93</b>	<b>25</b>	<b>61</b>	<b>87</b>	<b>1.895,74 €</b>

### 1.4 **Tableau synoptique**

Les prestations citées à grief sont échelonnées entre le 01-03-2014 (introduite le 30-04-2014) et le 31-05-2015 (introduite le 30-06-2015) ; les PVC étant datés du 11-03-2016, aucune des prestations litigieuses ne fait donc l'objet de l'application des dispositions de l'article 142, § 2 de la LC (prescription biennale)

Grief	Résumé du grief	Codes NPS	Nbre prestations	Nbre cas	indu	Remb. volontaire
1. Non effectué (PVC 11-03-2016)	Prestations non effectuées	424351 W 1,759	224	8	9.922,25 €	9.922,25 €
		424513 W 2,562	192			
		425014 W 0,879	623			
		425036 W 0,879	2			
		425110 W 1,167	378			
		425316 W 10,083	2			
		425375 W 8,934	2			
		425412 W 1,206	439			
		425515 W 1,754	177			
		428035 W 0,134	2			

Grief	Résumé du grief	Codes NPS	Nbre prestations	Nbre cas	indu	Remb. volontaire
2. Non conforme (PVC 11-03-2016)	Soins d'hygiène incomplets (Art. 8, § 6, 8° de la NPS)	425110 W 1,167 425515 W 1,754	147 106	1	1.200,58 €	1.200,58 €
3. Non conformes (PVC du 11-03-2016)	Absence de dossier infirmier (Art. 8, §3, 5° de la NPS)	425014 W 0,879 425036 W 0,879 425110 W 1,167 425412 W 1,206 425434 W 1,206 425515 W 1,754	41 48 93 25 61 87	1	1.895,74 €	1.895,74 €
					<b>13.018,57 €</b>	<b>13.018,57 €</b>
<b>Indu résiduel</b>					<b>0,00 €</b>	

Pour ces griefs, l'indu total a été évalué à 13.018,57 euros.

La SCS « B. » a procédé au remboursement total de l'indu le 23/05/2016.

## **2 DISCUSSION**

### **2.1 QUANT AU FONDEMENT DU GRIEF**

Ni Monsieur A. ni la SCS « B. » n'ont contesté les griefs.

Monsieur A. explique dans ses moyens de défense, les conditions dans lesquelles les soins devaient être effectués chez certains patients mais il ne conteste pas les griefs.

Les griefs sont donc incontestablement établis au regard des éléments repris notamment dans la note de synthèse précitée.

### **2.2 QUANT A L'INDU**

Les griefs ont entraîné des débours indus dans le chef de l'assurance obligatoire soins de santé pour un montant de 13.018,57 euros.

Ni Monsieur A. ni la SCS « B. » n'ont contesté ce montant tel que calculé par le SECM.

Il doit donc être déclaré fondé.

Il y a lieu d'ordonner que Monsieur A. procède au remboursement de l'indu, en application de l'article 142, §1<sup>er</sup>, 1° et 2° de la loi ASSI, soit la somme de 13.018,57 euros.

Les remboursements ayant été perçus par la SCS « B. », celle-ci doit être condamnée solidairement avec M. A., en application de l'article 164, alinéa 2 de la loi ASSI.

Le fonctionnaire-dirigeant constate que cette somme a été remboursée le 23 mai 2016 par la SCS « B. » .

### **2.3 QUANT À L'AMENDE**

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

L'article 142, §1<sup>er</sup>, 1° de la loi ASSI prévoit, pour les prestations non effectuées (grief 1), une amende administrative comprise entre 50% et 200% du montant du remboursement.

L'article 142, §1<sup>er</sup>, 2° de la loi ASSI prévoit, pour des prestations non conformes (griefs 2 et 3), une amende administrative comprise entre 5% et 150% du montant du remboursement.

### 2.3.2 **En l'espèce**

Des sanctions s'imposent afin de rappeler à M. A. les obligations qui s'imposent à lui en tant que collaborateur de l'assurance obligatoire soins de santé.

Le premier grief est le grief le plus grave qui puisse être reproché à un dispensateur de soins.

De plus, le volume des prestations non effectuées est important puisqu'il se monte à 9.922,25 euros.

En conséquence, le fonctionnaire-dirigeant estime qu'une sanction sévère doit lui être infligée.

Quant aux griefs 2 et 3, la nomenclature est très claire. En ne la respectant pas, Monsieur A. fait preuve d'un manque de rigueur et de négligence qui doit être sanctionné.

Par ailleurs, l'article 157, §1<sup>er</sup> de la loi ASSI 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.

Monsieur A. n'a pas d'antécédents, il a remboursé la totalité de l'indu et adapté sa pratique pour éviter que de telles infractions se reproduisent encore.

Il est dès lors justifié de prononcer, dans le chef de M. A., au titre :

- du grief de prestations non effectuées, une amende administrative de 150% du montant des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé (Loi ASSI, art. 142, §1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup>), soit 14.883,38 euros, dont 100% en amende effective (soit 9.922,25 €) et 50% en amende assortie d'un sursis d'une durée de 3 ans (soit 4.961,13 €) ;
- des griefs de prestations non conformes, une amende administrative de 100% du montant des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé (Loi ASSI, art. 142, §1<sup>er</sup>, 2<sup>o</sup>), soit 3.096,32 euros, dont 50% en amende effective (soit 1.548,16 €) et 50% en amende assortie d'un sursis d'une durée de 3 ans (soit 1.548,16 €).

\*  
\* \*

#### **PAR CES MOTIFS,**

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

#### **APRES EN AVOIR DELIBERE,**

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

- Déclare les griefs établis ;

...

- Condamne solidairement Monsieur A. et la SCS B. à rembourser la valeur des prestations indues s'élevant à 13.018,57 euros et constate que ce montant a été remboursé le 23/05/2016 ;
- Condamne Monsieur A. à payer une amende de 150% de la valeur des prestations non effectuées, soit 14.883,38 euros, dont 100 % (9.922,25 euros) en amende effective et 50% en amende assortie d'un sursis d'une durée de 3 ans (4.961,13 euros) (art. 142, §1<sup>er</sup>, 1° et 157 loi ASSI) ;
- Condamne Monsieur A. à payer une amende de 100% de la valeur des prestations non conformes, soit 3.096,32 euros, dont 50% en amende effective (1.548,16 euros) et 50% en amende assortie d'un sursis d'une durée de 3 ans (1.548,16 euros) (Art. 142, §1<sup>er</sup>, 2° et 157, loi ASSI) ;
- 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 17-02-2017

Le Fonctionnaire – dirigeant,

Dr Bernard HEPP  
Médecin-directeur général