

DECISION DU FONCTIONNAIRE-DIRIGEANT DU 10 JUILLET 2025

BRS/F/25-002

Concerne : **A.**
 Infirmier breveté
 N° INAMI : ...

B. SRL
 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

Quatre griefs ont été formulés concernant Monsieur A. et la SRL B., 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.

Infraction visée à l'art. 73bis, 1° de la Loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 (Loi SSI).

En l'espèce, il s'agit de prestations de l'article 8, § 1er, 1°, I et 2°, I de la nomenclature des prestations de santé (NPS), portées en compte au nom de 4 assurés alors qu'elles n'ont pas été réalisées.

La période des prestations litigieuses s'étend du 01/08/2020 au 05/04/2022 ; période de réception par les organismes assureurs du 04/09/2020 au 19/05/2022.

1.1.1 Base légale et/ou réglementaire du grief (à l'époque de l'infraction)

1.1.1.1 Principe général

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, §1er de la Loi SSI coordonnée le 14/07/1994.

1.1.1.2 La nomenclature des prestations de santé (NPS)

L'article 8 de la NPS dispose :

§ 6. Précisions relatives aux toilettes (prestations 425110, 425515, 425913 et 427755) :"

(...)

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, 425913 ou 427755) par semaine peuvent être attestées;
- aucune toilette 425515 ne peut être attestée."

(...)

§ 8. Précisions relatives aux soins de plaie(s) (prestations (...), 424933, (...), 424955, (...)) :"

(...)

8° Les prestations (...), 424933, 424955, (...) ne peuvent pas être cumulées au cours d'une même séance avec une autre prestation de cet article, à l'exception d'une prestation de base.

(...)

1.1.2 Conclusion

Ce grief concerne 4 assurés pour 1.706 prestations, pour la période de prestations du 01/08/2020 au 05/04/2022 et de réception par les organismes assureurs du 04/09/2020 au 19/05/2022, à concurrence d'un indu total de 7.675,48 €.

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 ou ses arrêtés d'exécution lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans la présente loi, dans ses arrêtés et règlements d'exécution, dans les conventions et accords conclus en vertu de cette même loi et/ou lorsque des prestations visées à l'article 34 ont été prescrites durant une période d'interdiction temporaire ou définitive d'exercice de la profession.

Infraction visée à l'art. 73 bis 2° de la Loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 (Loi SSI).

En l'espèce, il s'agit de prestations de l'article 8, § 1^{er}, 1°, II et 2°, II de la nomenclature des prestations de santé (NPS), portées en compte au nom de 1 assuré alors qu'elles n'étaient pas attestables en ce sens que le degré de dépendance requis par le libellé des prestations litigieuses et défini à l'article 8, § 5, 1° de la nomenclature n'était pas atteint.

La période des prestations litigieuses s'étend du 01/08/2020 au 31/07/2022; période de réception par les organismes assureurs du 04/09/2020 au 18/08/2022.

1.2.1 Base légale et/ou réglementaire du grief (à l'époque de l'infraction)

La base réglementaire du grief est l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (NPS) (art. 8, §1^{er}, §6, 1°, 3° et 4° ; cf la note de synthèse, pages 15 et 16).

Les directives pour l'utilisation de l'échelle d'évaluation (circulaire n° 2011/1 sous références 1240/OMZ-CIRC/INF-11-1-f, d'application depuis le 1^{er} avril 2011) peuvent également être prises en considération (cf note de synthèse, pages 16 à 20).

1.2.2 Conclusion

Ce grief concerne 1 assuré pour 659 prestations, pour la période de prestations du 01/08/2020 au 31/07/2022 et de réception par les organismes assureurs du 04/09/2020 au 18/08/2022, à concurrence d'un indu total de 2.603,35 €.

1.3 Grief 3

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 ou ses arrêtés d'exécution lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans la présente loi, dans ses arrêtés et règlements d'exécution, dans les conventions et accords conclus en vertu de cette même loi et/ou lorsque des prestations visées à l'article 34 ont été prescrites durant une période d'interdiction temporaire ou définitive d'exercice de la profession.

Infraction visée à l'art. 73 bis 2° de la Loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 (Loi SSI).

En l'espèce, il s'agit de prestations de l'article 8, § 1er, 1°, I, II et 2°, I, II de la nomenclature des prestations de santé (NPS), portées en compte au nom de 3 assurées alors que le dossier infirmier ne correspond pas aux exigences du même article 8 §3, 5° de la NPS.

Ce grief est établi pour une période de 3 mois que le SECM a fixé pour la période du 04/08/2020 au 30/10/2020 (prestations réceptionnées par les organismes assureurs du 04/09/2020 au 04/11/2020).

Le SECM pourrait reprendre à grief toutes les prestations attestées pendant cette période de 3 mois, dans la mesure où elles ne répondent pas aux exigences de l'article 8 §3, 5° de la NPS. Toutefois, les prestations déjà reprises à grief dans le grief 1 (Prestations non effectuées) ne sont pas reprises dans ce grief 3 (Prestations non conformes - dossier infirmier incomplet).

Le grief a été établi pour une période de 3 mois à titre exemplatif, mais cependant, les remarques formulées pour ce grief sont valables pour toute la période contrôlée.

1.3.1 Base légale et/ou réglementaire du grief (à l'époque de l'infraction)

La Base réglementaire du grief est l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé (NPS) en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (cf article 8, §1^{er}, §3, 5°, §4, 1° et 2°, §5, 3°, §6, 4°, cf note de synthèse, pages 22 à 24).

La circulaire 2020/144 (19/05/2020) du service des soins de santé de l'INAMI relative aux Tarifs des prestations temporaires dans le contexte du Covid-19, la lettre circulaire aux praticiens de l'art infirmier 2012/01 datée du 29/05/2012 portant la référence 1240/OMZ-CIRC/INF-12-1-f ainsi que l'annexe 1 à la Directive du 23 mai 2011 concernant le contenu de la planification et de l'évaluation peuvent également être prises en considération (cf note de synthèse, pages 25 et 26).

1.3.2 Conclusion

Ce grief concerne 3 assurés pour 127 prestations, pour la période de prestations du 04/08/2020 au 30/10/2020, et de réception par les organismes assureurs du 04/09/2020 au 01/11/2020, à concurrence d'un montant total de 532,61 €.

1.4 Grief 4

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 ou ses arrêtés d'exécution lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans la présente loi, dans ses arrêtés et règlements d'exécution, dans les conventions et accords conclus en vertu de cette même loi et/ou lorsque des prestations visées à l'article 34 ont été prescrites durant une période d'interdiction temporaire ou définitive d'exercice de la profession.

Infraction visée à l'article 73 bis, 2° de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 (Loi SSI).

En l'espèce, il s'agit de soins introduits au remboursement auprès des organismes assureurs alors qu'ils ont été effectués par des stagiaires infirmières et des stagiaires aides-soignantes, seules, aux domiciles des patients de Monsieur A. alors qu'elles ne possèdent pas la qualification d'infirmière ou aide-soignante.

La période des prestations litigieuses s'étend du 01/08/2020 au 31/07/2022 ; période de réception par les organismes assureurs du 09/12/2020 au 20/07/2022.

1.4.1 Base légale et/ou réglementaire du grief (à l'époque de l'infraction)

Base réglementaire relative à l'exercice de l'art infirmier :

La qualification de praticien de l'art infirmier repose en fait sur les conditions d'exercice de l'art infirmier telles que définies à l'annexe de l'arrêté royal du 10 mai 2015 portant coordination de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé et notamment les articles 45, §1^{er}, §2, §3 et les articles 47, 49 et 50 (cf note de synthèse, page 29).

Le non-respect de ces dispositions expose les contrevenants à des sanctions pénales et disciplinaires prévues au chapitre IV de l'AR n° 78 du 10.11.67 (cf art. 38ter, 1° à 7°, cf note de synthèse page 30).

Le non-respect de ces dispositions expose les contrevenants à des sanctions pénales et disciplinaires prévues au chapitre 12 de l'annexe à l'AR du 10 mai 2015 (art. 124, 1° à 13°, cf note de synthèse, pages 30 à 32).

La qualification de praticien de l'art infirmier repose en fait sur les conditions d'exercice de l'art infirmier telles que définies au chapitre I ter de l'AR n° 78 du 10.11.67 relatif à l'exercice des professions des soins de santé et notamment aux articles 21 quater § 1^{er}, §2, §3, §4, 21sexies, §1^{er}, §2, 21octies et 21novies (cf note de synthèse pages 32 et 33).

La base réglementaire du grief est l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé (NPS) en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (art. 8, §1^{er}, 1° et 2°; cf notre de synthèse, pages 33 et 34).

"§ 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."

Circulaire 2020/144 (19/05/2020) du service des soins de santé de l'INAMI relative aux Tarifs des prestations temporaires dans le contexte du Covid-19.

Rétributions pour les prestations avec contact physique, dans le cadre de la crise du COVID-19		
Applicables à partir du 01-03-2020		
419252	Montant complémentaire à la prestation de base / forfait PP	W 0,554

CONVENTION NATIONALE ENTRE LES INFIRMIERES GRADUEES OU ASSIMILEES, LES ACCOUCHEUSES, LES INFIRMIERES BREVETEEES, LES HOSPITALIERES/ASSISTANTES EN SOINS HOSPITALIERS OU ASSIMILEES ET LES ORGANISMES ASSUREURS

Article 1er. La présente convention définit, en ce qui concerne les honoraires et les modalités de leur paiement, les rapports entre les infirmières graduées ou assimilées, les accoucheuses, les infirmières brevetées, les hospitalières/assistantes en soins hospitaliers ou assimilées, appelées ci-après praticiens de l'art infirmier, et les bénéficiaires de l'assurance, tels qu'ils sont définis aux articles 32 et 33, alinéa 1er, 5°, 6° et 7°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

Art. 2. Les honoraires sont dus pour toute prestation figurant à la nomenclature établie par le Roi en application de l'article 35 de la loi susvisée, et à la condition que le praticien de l'art infirmier qui l'a pratiquée ait la qualification requise, conformément aux indications de ladite nomenclature.

1.4.2 Conclusion

Ce grief concerne 4 assurés pour 43 prestations pour la période de prestations du 01/08/2020 au 31/07/2022, et de réception aux organismes assureurs du 09/12/2020 au 20/08/2022, à concurrence de 276,06 €.

Pour ces quatre griefs, l'indu total a été évalué à 11.087,50 euros.

Monsieur A. a procédé au remboursement total de l'indu le 20/06/2024.

2 DISCUSSION

2.1 Quant au bien fondé des griefs

2.1.1 Grief 1 : Prestations non-effectuées

Il ressort du dossier que les éléments matériels et constitutifs du grief n°1 relatif à des prestations non effectuées sont réunis et prouvés notamment au regard des éléments qui suivent.

Le grief se fonde sur les éléments suivants, recueillis au cours de l'enquête :

- les déclarations de 4 assurés, auditionnés à leur domicile :
 - Le 18/08/2022 : Monsieur C., fils de l'assurée, D. - NISS ... ;
 - Le 18/08/2022 : Madame E. - NISS : ... ;
 - Le 15/09/2022 : Madame F. – NISS : ... ;
 - Le 26/03/2023: Madame G. - NISS :
- l'analyse des données informatisées transmises et authentifiées par les différents organismes assureurs conformément au prescrit de l'article 9 quater de la loi SSI coordonnée le 14 juillet 1994;
- les informations transmises par Madame H., aide-soignante, employée du 05 décembre 2016 au 21 décembre 2021 par la SRL B. dont Monsieur A. est le gérant;
- l'analyse des dossiers infirmiers informatisés transmis au SECM par Monsieur A. en date du 22/05/2023 ;
- les déclarations de Monsieur A. en date du 15/05/2023.

Dans ses moyens de défense adressés par mail le 9/05/2025, Monsieur A. avance à la fois des arguments généraux et communs à tous les cas d'assurés et des arguments spécifiques aux cas d'assurés retenus au titre du 1^{er} grief.

2.1.1.1 Madame E.

Dans ses moyens de défense adressés par mail le 9/05/2025, Monsieur A. soutient que la mention « toilette (douche le vendredi) » visible sur la capture d'écran fournie par Mme H. (l'aide-soignante) doit être interprétée comme signifiant « toilette quotidienne, avec une douche le vendredi ».

Il précise que, compte tenu de son âge et de sa surdité, Madame E. aurait mal compris l'information, ne retenant que l'élément relatif à la douche hebdomadaire.

Il confirme qu'une douche était effectivement réalisée chaque vendredi, tandis que les autres jours, une toilette partielle était assurée, incluant une aide pour s'essuyer.

Il ajoute que ses collègues avaient également confirmé leur passage avant son hospitalisation, attesté selon lui par les lectures de cartes, dispositif qui aurait été suspendu en raison de la crise sanitaire liée au Covid.

Cependant, lors de l'audition de l'assurée, Mme E., le 17 août 2022, l'inspecteur lui a posé la question suivante :

« Avez-vous reçu des soins infirmiers durant la période du 1er juin 2019 au 30 décembre 2021 ? »

Madame E. déclare avoir été hospitalisée en février-mars 2022. Elle indique qu'avant cette hospitalisation, l'infirmier venait une fois par semaine, le vendredi, pour lui faire une douche. Ce n'est qu'à sa sortie d'hospitalisation, à l'initiative de l'assistante sociale, qu'un passage infirmier quotidien a été mis en place pour la réalisation des soins d'hygiène :

« B M-L : oui, en février-mars de cette année, j'ai été hospitalisée. Avant, l'infirmier passait une fois par semaine le vendredi pour ma douche. Depuis ma sortie de l'hôpital, l'assistante sociale a prit contact avec l'infirmier pour qu'il passe chaque jour pour faire ma toilette. »

Il est important de souligner que la question portait de manière générale sur les soins infirmiers reçus durant la période considérée, sans mention spécifique d'une toilette ou d'une douche.

Dans ce contexte, il n'est pas possible de penser que Madame E. se serait spontanément focalisée uniquement sur l'aspect « douche », comme le suggère Monsieur A., si d'autres soins (y compris une toilette quotidienne) avaient effectivement été dispensés.

Par ailleurs, en fin d'audition, Madame E. a relu le procès-verbal de son audition en présence de l'inspecteur social et n'a souhaité y apporter aucune correction, ce qui renforce la crédibilité et la spontanéité de ses déclarations.

Il ressort de l'audition de l'assurée qu'une toilette quotidienne a été instaurée à partir de février/mars 2022, mais qu'auparavant, seule la douche hebdomadaire du vendredi était assurée de manière régulière.

Cette déclaration confirme donc l'information figurant sur la capture d'écran de l'aide-soignante et remet en cause l'interprétation proposée par Monsieur A.

Enfin, Monsieur A. n'apporte aucun élément probant attestant la réalisation effective des soins qu'il revendique. La présence systématique de lectures de carte ne suffit pas à prouver que les soins ont effectivement été réalisés.

Au vu des éléments susmentionnés, le grief n° 1 relatif aux prestations non effectuées est incontestablement établi pour le cas de Mme E.

2.1.1.2 G.

Dans ses moyens de défense adressés par mail le 9/05/2025, Monsieur A. soutient que la patiente présentait déjà des signes de la maladie de Parkinson avant son hospitalisation liée au Covid et à la phase de réadaptation. Selon lui, elle était alors complètement désorientée, refusait les consultations médicales et son état était déjà bien avancé. Il affirme que l'hospitalisation a permis une certaine stabilisation de son état, ce qui a été constaté lors de l'évaluation de son autonomie à l'aide de l'échelle de Katz.

De retour à domicile, la patiente ne se souvenait plus de l'équipe soignante et pensait assurer seule son hygiène corporelle, ce qui n'était pas le cas. C'est pour cette raison que des intervenants se rendaient chez elle pour l'aider à faire sa toilette. Monsieur A. reconnaît qu'il arrivait à la patiente de refuser les soins avec agressivité, mais que ces comportements restaient rares.

Il précise également qu'elle manifestait une certaine réticence à l'égard de certains membres de l'équipe soignante.

Il ajoute que la carte d'identité était systématiquement lue, ce qui, selon lui, prouve que les soins étaient bien assurés.

Par ailleurs, il indique que la fille de la patiente, vivant dans un appartement de son travail, n'était pas en mesure de vérifier si des soins avaient réellement été prodigués.

Il souligne aussi que la relation entre la mère et la fille était tendue, ce qui aurait pu influencer les déclarations de cette dernière.

Enfin, Monsieur A. précise que l'expression « fausse toilette » utilisée dans le dossier désignait, dans leur pratique, les cas d'aide partielle ou de refus de soin. Il admet qu'en période de congé, il ne pouvait pas contrôler la situation mais faisait confiance à ses collègues pour assurer le suivi.

Toutefois, d'après les déclarations concordantes de la patiente et de sa fille, aucun soin n'aurait été réalisé avant avril 2022.

Aucune prestation « soins d'hygiène (toilettes) » n'a donc pu être effectuée entre le 1^{er} août 2020 et le 30 novembre 2021. Il en va de même pour les prestations « première prestation de base ». Les prestations « Montant complémentaire à la prestation de base/Forfait PP » sont, quant à elles, retenues à grief du 1/08/2020 au 31/08/2020.

Lors de son audition en date du 26/01/2023, Madame G. a affirmé avoir reçu des soins après son hospitalisation :

« Pendant la période du covid, j'étais à l'hôpital mais à ma sortie, j'ai eu des infirmiers. ».

Sa fille a corroboré ces propos, déclarant :

« Entre les 2 hospitalisations, il y avait des soins infirmiers matin et soir. Avant novembre 2021, aucun infirmier ne venait lui faire des soins. Actuellement, ma maman reçoit toujours des soins infirmiers. ».

Sa fille précise que sa mère a été hospitalisée deux fois :

« elle est entrée une première fois à l'hôpital fin novembre 2021 pour Covid, elle est restée plus ou moins 4 mois dans divers hôpitaux et centres de revalidation. Elle est retournée à l'hôpital du 12 octobre au 25 novembre 2022 car elle ne se sentait pas bien, elle ne savait de nouveau plus marcher entre autres problèmes ».

Il ressort donc qu'aucune prestation n'a pu être effectuée avant avril 2022.

Par ailleurs, Monsieur A. ne fournit aucune preuve concrète attestant de la réalisation effective des soins évoqués. La présence systématique de lectures de carte ne suffit pas à prouver que les soins ont effectivement été réalisés.

Lors de son audition, Madame G. a répondu seule aux questions avec précision, démontrant une bonne lucidité.

Sa fille est intervenue uniquement pour apporter des précisions complémentaires. Madame G. a d'ailleurs été en mesure de citer spontanément le nom des intervenants, ce qui met en doute l'hypothèse selon laquelle elle aurait été « trop désorientée » pour se souvenir des soins reçus.

De son côté, la fille a confirmé, en précisant les noms et les périodes des prestataires qui étaient intervenus au domicile, notamment en ce qui concerne les stagiaires. Madame G. a même indiqué que certains stagiaires venaient seuls, puis repartaient accompagnés de Monsieur A.

Enfin, lors de la lecture du procès-verbal d'audition avec l'inspecteur social, aucun élément n'a été contesté ou corrigé par Madame G. ou sa fille.

Au vu des éléments susmentionnés, le grief n° 1 relatif aux prestations non effectuées est incontestablement établi pour le cas de Mme G.

2.1.1.3 F.

Dans ses moyens de défense adressés par mail le 9/05/2025, Monsieur A. explique que Madame F. aurait été sujette à divers problèmes avec sa mutuelle.

Il la décrit comme étant « gentille » lorsqu'il était encore son beau-fils, mais affirme que, depuis la séparation avec sa fille et les tensions familiales liées à la garde des enfants, Madame aurait « menti ».

Selon lui, il existerait un conflit d'intérêts évident dans cette situation.

Il indique que, depuis ces événements, c'est la fille de la patiente qui s'occupe d'elle, bien qu'elle soit elle-même « sur la mutuelle ».

Monsieur A. déclare que son équipe intervenait deux fois par jour, à des horaires imposés par Madame F., pour l'application de pommade sur ses pieds diabétiques, et une fois par jour pour la toilette.

Il ajoute que la tension artérielle (TA) était également prise en plus et notée dans le dossier.

Enfin, il précise que la carte d'identité était lue à chaque passage, jusqu'à l'arrêt dû au Covid.

Cependant, lors de son audition en date du 15/09/2022, Madame F. reconnaît avoir reçu des soins entre le 1^{er} juin 2019 et le 4 août 2020 de la part de Monsieur A. et de son équipe, mais elle nuance fortement la fréquence et le contenu de ces interventions.

Interrogée sur la nature des soins prodigués, elle déclare :

« Il me prenait la tension mais pas tout le temps. Il y avait une toilette de prévue, mais c'est ma fille qui la faisait le plus souvent, parce que sinon elle était faite à 14h, ce qui était trop tard pour moi. ».

Elle précise également :

« Il passait une fois par jour, quand il passait, alors que la prescription du médecin mentionnait deux passages par jour. En 2019, je ne recevais plus vraiment de soins, les passages étaient juste faits pour lire la carte d'identité. »

Concernant la durée des soins, Madame F. explique :

« Quand il venait, il restait quelques minutes, lisait ma carte d'identité, puis repartait. Il n'y avait pas de toilette et très rarement la pose d'une pommade. ».

À la question de savoir si des soins étaient effectués le week-end, elle répond :

« Il y avait ses collègues qui passaient, mais pas pour faire des soins. Ils lisaient la carte, et, rarement, mettaient de la pommade parce que j'ai les pieds très secs. »

Enfin, elle précise recevoir de l'aide quotidienne de sa fille et d'une aide-ménagère pour le ménage et le repassage.

Ces déclarations sont corroborées par une capture d'écran de la liste de patients établie par Madame H., dans laquelle il est simplement mentionné que la tension artérielle était prise et que la patiente était aidée par sa fille *« lorsqu'elle en avait besoin »*.

Au vu de ces éléments, il apparaît que les soins décrits par Monsieur A. ne correspondent pas à la réalité des interventions telles que perçues par la patiente elle-même.

La fréquence des soins facturés à l'assurance obligatoire soins de santé est manifestement plus importante que ce qui a été réellement effectué, la toilette quotidienne n'est pas confirmée ainsi que les passages multiples par jour.

De plus, aucune preuve concrète n'est apportée par le dispensateur de soins pour démontrer la régularité ou la conformité des actes effectués.

La présence systématique de lectures de carte ne suffit pas à prouver que les soins ont effectivement été réalisés.

Au vu des éléments susmentionnés, le grief n° 1 relatif aux prestations non effectuées est incontestablement établi pour le cas de Mme F.

2.1.1.4 D.

Dans ses moyens de défense adressés par mail le 9/05/2025, Monsieur A. affirme que la famille de l'assurée, Madame D., aurait développé une hostilité envers le personnel soignant à la suite du décès du frère de cette dernière, survenu pendant la pandémie de Covid.

Selon lui, cette animosité pourrait expliquer certaines accusations et relever d'un désir de vengeance.

Il soutient également que l'assurée refusait les soins le dimanche, sauf lorsqu'elle était de sortie chez son fils.

Malgré cela, il déclare qu'il se rendait chaque jour au domicile de Madame D. pour effectuer une toilette au bassin, assurant selon lui une prise en charge hygiénique quotidienne.

Cependant, lors de l'audition du 17 août 2022, le fils de Madame D. a répondu aux questions.

Il indique clairement qu'aucun soin n'était dispensé le week-end, et que durant la période Covid, sa mère ne recevait qu'une douche par semaine (le service souligne) :

« IS : Quels étaient les jours où les infirmières/infirmiers venaient pour les soins ?

DR : Avant la période Covid, les infirmiers passaient tout les jours pour mettre des bandes de contention aux jambes, mettre des gouttes dans ses yeux et faire une visite. Elle avait également une toilette 3 fois par semaine. Pendant la période Covid, il n'y avait plus qu'une douche par semaine et régulièrement, les infirmiers prenaient des nouvelles par téléphone mais ne passaient plus pour mettre les bandes et les gouttes.

IS : Venaient-ils également tous le week-end ?

DR : non »

Il précise également que la famille avait décidé de changer de groupement infirmier en raison de comportements jugés inappropriés de la part de certains intervenants lors du Covid.

Par ailleurs, Mme H., aide-soignante, a mentionné dans sa liste de patients que la toilette de Madame D. était assurée deux fois par semaine. Ces informations croisées contredisent la position de Monsieur A. d'un passage quotidien pour des soins d'hygiène.

En conséquence, Madame D. a clairement bénéficié de deux toilettes hebdomadaires, et les prestations facturées au-delà ne peuvent pas être retenues.

Au vu des éléments susmentionnés, le grief n° 1 relatif aux prestations non effectuées est incontestablement établi pour le cas de Mme D.

2.1.2 Grief 2 : Prestations non-conformes surcotation échelle de Katz

Il ressort du dossier que les éléments matériels et constitutifs du grief n°2 relatif à des prestations non conformes (surscorage de l'état de dépendance physique des assurés) sont réunis et prouvés notamment au regard des éléments qui suivent.

Le grief se fonde sur les éléments suivants, recueillis au cours de l'enquête :

- l'analyse des données informatisées transmises et authentifiées par les différents organismes assureurs conformément au prescrit de l'article 9 quater de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 ;
- l'analyse du dossier infirmier informatisé, les échelles de katz introduites aux organismes assureurs et les prescriptions médicales de 1 assuré (cfr records 0136 et 0137 dans eDos);
- les déclarations de Monsieur A. en date du 15/05/2023 ;
- les Directives pour l'utilisation de l'échelle d'évaluation d'application depuis le 1er avril 2011 ;
- les déclarations de Monsieur I. en date du 19/09/2022 (cfr record 0079 dans eDos).

Dans ses moyens de défense adressés par mail le 9/05/2025, M. A. confirme que l'échelle de Katz a pu être évaluée de manière non-adéquate à un moment donné, mais sans incidence sur la qualité des soins effectivement dispensés.

Il déclare que la rectification immédiate de cette évaluation prouve sa volonté de mise en conformité et d'amélioration continue de ses pratiques.

Il ajoute que, depuis le contrôle du SECM, l'assuré est mécontent de ne bénéficier que d'une T2.

Le prestataire reconnaît lui-même que l'évaluation de l'autonomie ne reflétait pas la réalité clinique de M. I. Or, cette évaluation a une incidence directe sur le droit à remboursement des prestations facturées à l'assurance obligatoire soins de santé.

Les éléments de défense présentés par M. A., ainsi que ses déclarations concordantes et celles de M. I. lors de leurs auditions, viennent appuyer l'évaluation réalisée par le SECM et confirment les conclusions du deuxième grief.

En effet, lors de son audition, l'assuré a indiqué bénéficier de soins infirmiers quotidiens.

Il a précisé que l'infirmier prend en charge le lavage de son dos et du bas du corps, tandis qu'il est en mesure de se laver seul le haut du corps.¹

Ces propos sont confirmés par le dispensateur, qui indique assurer uniquement la toilette du dos et du bas, l'assuré se chargeant lui-même du visage, du torse et des jambes.²

Il ressort de ces témoignages que l'assuré effectue une part significative de sa toilette de manière autonome.

Dès lors, au regard des critères de l'échelle de dépendance, les soins d'hygiène peuvent être considérés comme justifiés à raison de deux fois par semaine, et non sept fois par semaine, comme cela avait été initialement attesté par M. A.

Le changement d'échelle post-contrôle corrobore le bien fondé du grief reproché à Monsieur A.

Enfin, pour mémoire, le SECM n'est pas compétent en matière de contrôle de la qualité des soins.

Au vu des éléments susmentionnés, le grief n°2 relatif aux prestations non conformes (surscorage de l'état de dépendance physique de l'assuré) est incontestablement établi.

2.1.3 Grief 3 : Prestations non-conformes dossier infirmier incomplet

Il ressort du dossier que les éléments matériels et constitutifs du grief n°3 relatif à des prestations non conformes (dossier infirmier incomplet) sont réunis et prouvés notamment au regard des éléments qui suivent.

Le grief se fonde sur les éléments suivants, recueillis au cours de l'enquête :

¹ Audition du 15/09/2022 de Monsieur I. : « (...) Je reçois des soins infirmiers tout les jours car depuis quelques années, j'ai des problèmes d'équilibre. J'ai du être opéré d'un orteil qu'il a fallu retirer.(...) Je suis lavé et l'infirmier me met de la crème sur les jambes car j'ai la peau sèche. L'infirmier me lave le dessous et je sais m'occuper du dessus moi-même mise à part le dos.(...) »

² Audition du 15/05/2023 de Monsieur A. : « (...)Toilette simple et, à l'époque, soins de plaie pour ses orteils (...) nous faisons le dos et le bas. Quand à lui, il fait le visage, le torse et les jambes. On applique également une pommade sur ses jambes.(...) »

- Les déclarations de Monsieur A. en date du 15/05/2023.
- l'analyse des données informatisées transmises et authentifiées par les différents organismes assureurs conformément au prescrit de l'article 9 quater de la loi coordonnée le 14 juillet 1994.
- l'analyse des 5 dossiers infirmiers informatisés transmis au SECM par Monsieur A. par Tresorit en date du 22/05/2023 (cfr records 0134, 0136, 0140, 0143, 0144 dans eDos).

Dans ses moyens de défense adressés par mail le 9/05/2025, le prestataire reconnaît le caractère incomplet de ses dossiers infirmiers qui résulterait d'une mauvaise compréhension des obligations en la matière. Depuis lors, il affirme qu'une mise à jour systématique des dossiers a été adoptée.

L'analyse des dossiers transmis révèle que leur contenu ne répond pas aux exigences posées par l'article 8, §4, 2° de la Nomenclature des soins de santé (NPS), lequel définit les mentions minimales devant figurer dans le dossier infirmier. En particulier, le service a relevé les manquements suivants :

- Dans les cinq dossiers examinés, aucune information précise relative aux soins effectivement réalisés n'est mentionnée. Les données renseignées se limitent, dans la plupart des cas, à des éléments généraux qui ne permettent pas d'attester de la réalité et de la nature des prestations effectuées.
- Aucune planification ni évaluation régulière des soins n'est documentée dans les dossiers. Or, conformément à la réglementation, les éléments pertinents relatifs à la planification et à l'évaluation doivent être consignés au moins tous les deux mois.

Il convient dès lors de rappeler que, conformément à l'article 8, §3, 5° NPS, aucun honoraire n'est dû lorsque le contenu du dossier ne respecte pas les prescriptions minimales prévues à l'article 8, §4, 2° NPS. Ces manquements documentaires affectent donc directement la validité des prestations déclarées et justifient l'absence de droit au remboursement pour la période concernée.

Au regard des éléments susmentionnés, le grief n°3 qui n'est pas contesté par le prestataire, est établi.

2.1.4 Grief 4 : Prestations non-conformes tiers non habilité

Il ressort du dossier que les éléments matériels et constitutifs du grief n°4 relatif à des prestations non conformes (tiers non habilité) sont réunis et prouvés notamment au regard des éléments qui suivent.

Le grief se fonde sur les éléments suivants, recueillis au cours de l'enquête :

- Les déclarations de Monsieur A. en date du 15/05/2023 ;
- l'analyse des données informatisées transmises et authentifiées par les différents organismes assureurs conformément à l'article 9 quater de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 ;
- l'analyse des 5 dossiers infirmiers informatisés transmis au SECM par Monsieur A. par Tresorit en date du 22/05/2023 (cfr records 0134, 0136, 0140, 0143, 0144 dans eDos).

Dans ses moyens de défense adressés le 9/05/2025, M. A. déclare que l'encadrement a toujours été exercé avec un souci de formation et de sécurité. Il écrit qu'il n'a jamais laissé une aide-soignante pratiquer seule. Concernant les stagiaires infirmières, seules des étudiantes en fin de cursus ont été laissées momentanément seules après validation de leur autonomie. Cette pratique, bien qu'erronée au regard des règles actuelles, a été immédiatement corrigée après le passage du SECM.

Il ressort donc des déclarations du prestataire et d'assurés que certaines stagiaires infirmières ont été laissées seules auprès des patients :

- Audition de Madame E. en date du 17/08/2022 (le service souligne) :

« IS : Lors des vacances scolaires, avez-vous eu des stagiaires pour vos soins ? »

B M-L : oui mais en semaine, le weekend c'est des remplaçants de monsieur A. Les premiers jours, les stagiaires venaient avec monsieur A., ensuite ils s'occupaient de moi seuls. »

- Audition de Madame G. en date du 26/01/2023 (le service souligne) :

« IS : Connaissez-vous le nom des infirmières et/ou infirmiers qui sont venu pour faire vos soins. »

DJ : Il y a eu beaucoup, J., K., L.,...et surtout A. J'ai eu une fois 2 stagiaires : M. et N., elles étaient très gentilles, après les soins elles attendaient que A. vienne les rechercher en voiture.

VK : A. est le responsable, quand il ne sait pas passer c'est des remplaçants comme O., K., P., Q. et R. Parfois il y a aussi des stagiaires mais elles ne viennent jamais seules le premier jour mais après elles viennent seule. Il y avait aussi S., la femme de A. qui est venue une fois. »

Cette pratique est contraire à la réglementation en vigueur, même en fin de cursus.

Le SECM tient à rappeler le prescrit de l'article 45 de l'arrêté royal n°78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé :

« Nul ne peut exercer l'art infirmier tel qu'il est défini à l'article 46 s'il n'est porteur du diplôme ou du titre d'infirmier gradué ou d'infirmière graduée, du brevet ou du titre d'infirmier ou d'infirmière, du brevet ou du titre d'hospitalier ou d'hospitalière et s'il ne réunit pas, en outre, les conditions fixées par l'article 47. »

De plus, la qualification de praticien de l'art infirmier repose sur les conditions d'exercice de l'art infirmier, telles que définies à l'annexe de l'arrêté royal du 10 mai 2015 portant coordination de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé.

Au regard des éléments susmentionnés, le grief n°4 qui n'est pas contesté par le prestataire, est établi.

2.1.5 Sur les remarques d'ordre général formulées par le dispensateur dans ses moyens de défense

Dans ses moyens de défense adressés par mail le 9/05/2025, Monsieur A. affirme que les soins ont bien été réalisés chez les patients mentionnés, conformément aux besoins identifiés et dans les limites de leur coopération.

Il invoque, de manière très générale, notamment les refus ponctuels de soins, les troubles cognitifs et les pathologies neurodégénératives, susceptibles d'altérer la perception des patients et de leur entourage.

Il souligne également que les lectures de carte disponibles jusqu'à l'arrêt imposé par la période COVID témoignent de la présence de l'équipe soignante.

Selon lui, l'ensemble des prestations a été accompli avec diligence, dans le respect des obligations déontologiques.

Il met en avant les soins de qualité fournis et la satisfaction des patients.

Toutefois, les constats réalisés lors du contrôle révèlent des incohérences entre les déclarations du prestataire et les éléments objectivables du dossier.

Le simple fait d'avoir lu la carte d'un patient ne saurait constituer, à lui seul, la preuve de la réalisation effective des actes, en l'absence d'une traçabilité fiable, précise et systématique dans les dossiers infirmiers.

En outre, les constatations effectuées par les inspecteurs du SECM sont revêtues de la force probante et font foi jusqu'à preuve du contraire, et les arguments avancés par M. A. ne sont pas étayés par des éléments de preuve de nature à remettre en cause les faits relevés.

Notamment, les déclarations des assurés ne corroborent pas les difficultés cognitives évoquées, qui ne ressortent pas des auditions.

Par ailleurs, s'agissant de l'assurée Madame D., un courrier d'invitation à audition lui a été adressé en date du 05/08/2022, alors qu'elle résidait au sein de la maison de repos « ... ». Lors de la visite de nos inspecteurs sur place, c'est son fils qui les a accueillis, après avoir lui-même pris connaissance du courrier adressé à sa mère. Il a alors exprimé le souhait de répondre en son nom, au motif que celle-ci était dans l'incapacité de s'exprimer en raison de troubles cognitifs.

De même, concernant les assurés Monsieur T. et Madame U. (cas « non retenus »), l'audition n'a pu avoir lieu en raison de leur incapacité à répondre aux questions posées.

Ces situations illustrent que les inspecteurs procèdent, en amont ou au cours de l'audition, à une appréciation de l'état cognitif des assurés, et s'abstiennent de poursuivre l'audition lorsqu'il apparaît que l'intéressé n'est pas en mesure de s'exprimer de manière cohérente ou présente des signes manifestes de confusion.

Notre personnel d'inspection, en auditionnant l'assuré, mesure aussi l'état dans lequel se trouve la personne et est en mesure de détecter une éventuelle confusion.

Ces déclarations, les informations transmises par Madame H, aide-soignante, ainsi que l'analyse des données authentifiées par les organismes assureurs convergent vers une absence ou une non-conformité des prestations.

Par ailleurs, lorsque le SECM dresse un procès verbal de constat, il ne se prononce pas sur la qualité des soins mais, entre autre, sur la réalité et la conformité des prestations facturées à l'assurance obligatoire soins de santé.

A cet égard, disposer d'une prescription médicale ne prouve ni la réalité, ni la conformité des soins aux conditions prévues notamment par la Nomenclature des prestations de santé.

À la lumière des développements suivants, le fonctionnaire-dirigeant considère que les quatre griefs sont établis.

2.2 Quant à l'indu

Les quatre griefs reprochés au terme du procès verbal de constat d'infraction du 31/08/2023 notifié le 1/09/2023, a entraîné des débours indus dans le chef de l'assurance obligatoire soins de santé pour un montant de 11.087,50 euros.

La Société B. SRL a procédé au remboursement volontaire de l'indu par quatre versements en date des 5/10/2023, 8/11/2023, 5/12/2023 et 20/06/2024 et d'un montant respectif de 587,50 €, 500 €, 9.000 € et 1.000 €.

Les griefs formulés à l'encontre de Monsieur A. et de la SRL B. étant fondés suivant l'analyse ci-dessus, et les remboursements de l'assurance soins de santé ayant été perçus par la SRL B., il y a lieu d'ordonner, sur le fondement des articles 142, §1^{er}, 1° et 2° et 164, al2 de la loi SSI, que Monsieur A. et la SRL B. soient condamnés solidairement au remboursement de la valeur des prestations indues s'élevant à 11.087,50 euros et de constater que la valeur des prestations indues ayant été remboursée en totalité, l'indu résiduel s'élève à 0 euro.

2.3 Quant à l'amende administrative

2.3.1. Quant au régime de l'amende administrative

En vertu de l'article 169 de la loi SSI, la sanction applicable est celle visée à l'article 142, §1^{er}, 1° et 2° de la même loi, c'est-à-dire :

- Pour les prestations non effectuées (grief 1) : le remboursement de la valeur des prestations indument attestées à charge de l'assurance soins de santé et une amende administrative comprise entre 50% et 200% de la valeur des prestations concernées ;
- Pour les prestations non conformes (griefs 2 à 4) : le remboursement de la valeur des prestations indument attestées à charge de l'assurance soins de santé et/ou une amende administrative comprise entre 5% et 150% de la valeur des prestations concernées ;

En l'espèce, le SECM estime nécessaire de prononcer une amende administrative à charge de Monsieur A..

2.3.2. Quant au quantum de l'amende administrative retenue

Les prestations citées à grief sont comprises entre le 1^{er} août 2020 et le 31 juillet 2022 et ont été introduites auprès des organismes assureurs du 4 septembre 2020 au 18 août 2022.

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 soins³.

En attestant des prestations qu'il n'a pas effectuées, 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 nombre important de prestations non effectuées attestées par Monsieur A. (1706 prestations) sur une période de vingt mois (prestations introduites auprès des organismes assureurs entre le 04/09/2020 et le 19/05/2022), du nombre d'assurés concernés (4 assurés), de l'expérience de Monsieur A. (diplômé en juin 2004, soit seize années d'expérience au moment des faits), de la gravité des faits, du montant élevé de la valeur des prestations indues (7.675,48 €), il est justifié de prononcer une amende administrative de 150% du montant à rembourser (Loi SSI, art. 142, §1^{er}, 1°), soit une amende administrative d'un montant de 11.513,22 euros.

Par ailleurs, **concernant l'attestation de prestations non conformes**, le législateur a encadré de manière très précise, par exemple, la nécessité de se conformer aux exigences de la nomenclature notamment pour évaluer l'état de dépendance physique d'un assuré, pour pouvoir attester telle ou telle prestation ou pour confier exclusivement à des infirmiers l'accomplissement de certaines prestations, afin d'éviter les abus.

³ 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 rigoureusement⁴ 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 soins⁵.

Le respect des formalités administratives prévues par la réglementation est un des fondements de ce rapport de confiance⁶, puisque ces normes sont clairement et expressément énoncées dans la réglementation.

S'ils ne s'y conforment pas, les dispensateurs de soins brisent ce rapport de confiance et mettent en péril l'équilibre des deniers publics.

Dans ces conditions, au regard de ces éléments, mais aussi de l'expérience de Monsieur A. (diplômé en 2004, soit environ 16 ans d'expérience au moment des faits), de la durée de la période infractionnelle (24 mois, suivant les dates de prestations allant du 1^{er} août 2020 au 31 juillet 2022), du montant de l'indu (2.879,41 euros) et enfin du nombre de prestations reprochées (702 prestations), il est donc justifié de prononcer à charge de Monsieur A. au titre des prestations non conformes une amende administrative de 100% de la valeur des prestations indument attestées, en excluant la valeur des prestations indument attestées correspondant aux dossiers infirmiers incomplets, soit une amende administrative d'un montant de 2.879,41 euros.

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'antécédent dans le chef de l'intéressé et du remboursement total de la valeur des prestations indument attestées à charge de l'assurance soins de santé à hauteur de 11.087,50 euros intervenu en quatre versements.

Cela justifie que la sanction soit assortie d'une mesure de sursis partiel, la sanction effective devant rappeler à l'intéressé 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 Monsieur A. :

- au titre des griefs de prestations non effectuées, une amende administrative de 150% du montant des prestations indument attestées à charge de l'assurance soins de santé (Loi SSI, art. 142, §1^{er}, 1^o), soit 11.513,22 euros, dont un tiers en amende effective (soit une amende effective d'un montant de 3.837,74 euros) et deux tiers en amende assortie d'un sursis d'une durée de 3 ans (soit 7.675,48 €) ;

⁴ Cass. 20/11/2017, C.15.02132.N

⁵ 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

⁶ 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

- et au titre du grief de prestations non conformes, une amende administrative de 100 % du montant des prestations indument attestées à charge de l'assurance soins de santé (Loi SSI, art. 142, §1er, 2°), soit 2.879,41 euros, dont la moitié en amende effective (soit 1.439,70 €) et la moitié en amende assortie d'un sursis d'une durée de 3 ans (soit 1.439,71 €).

2.4 Quant aux intérêts sur les sommes dues

L'article 156, §1er alinéa 2 de la loi SSI (tel que modifié par l'article 26, 1°, de la loi du 17 juillet 2015 portant des dispositions diverses en matière de santé, M.b. du 17 août 2015) dispose que :

« § 1er. Les décisions du fonctionnaire dirigeant du Service d'évaluation et de contrôle médicaux ou du fonctionnaire désigné par lui, visées à l' article 143, les décisions des Chambres de première instance visées à l' article 142, et les décisions des Chambres de recours, visées aux articles 142 et 155, sont exécutoires de plein droit par provision, nonobstant tout recours. Des délais de paiement peuvent être accordés uniquement sur la base d'une demande motivée et appuyée par toute pièce utile permettant d'en apprécier le bien-fondé.

Les sommes dues sont payées dans les trente jours de la notification des décisions visées à l'alinéa 1er. A défaut de paiement dans ce délai, les sommes restant dues produisent, de plein droit, des intérêts au taux d'intérêt légal en matière sociale, tel que prévu à l'article 2, § 3, de la loi du 5 mai 1865 relative au prêt à intérêt, à compter de l'expiration de ce délai ».

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 quatre griefs reprochés à Monsieur A. ;
- Condamne solidairement Monsieur A. et la SRL B. à rembourser la valeur des prestations indues s'élevant à 11.087,50 euros (Loi SSI, art. 142, §1^{er}, 1° et 2° et art. 164, al. 2) ;
- Constate que la totalité de la valeur des prestations indues a été remboursée et que l'indu résiduel est égal à zéro euro ;
- Condamne Monsieur A. à payer une amende administrative au titre des prestations non effectuées de 150% du montant des prestations indues attestées à charge de l'assurance obligatoire soins de santé (Loi SSI, art. 142, §1^{er}, 1°), soit 11.513,22 euros, dont un tiers en amende effective (soit une amende effective d'un montant de 3.837,74 euros) et deux tiers en amende assortie d'un sursis d'une durée de 3 ans (soit 7.675,48 €) ;
- Condamne Monsieur A. à payer une amende administrative au titre des prestations non effectuées de 100% du montant des prestations indues attestées à charge de l'assurance obligatoire soins de santé (Loi SSI, art. 142, §1^{er}, 2°), soit 2.879,41 euros, dont la moitié en amende effective (soit 1.439,70 €) et la moitié en amende assortie d'un sursis d'une durée de 3 ans (soit 1.439,71 €).
- 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 la signature).

Le Fonctionnaire-dirigeant,