

DECISION DU FONCTIONNAIRE-DIRIGEANT DU 11 MARS 2026

BRS/F/25-009

Concerne : **A.**
Kinésithérapeute
N° INAMI : ...

SRL B.
N° 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

Deux griefs ont été formulés (voir pour le détail la note de synthèse précitée) 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 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 ASSI coordonnée le 14 juillet 1994.

En l'espèce, il s'agit de prestations non effectuées, attestées pour un seul assuré. L'assuré, bénéficiant d'une reconnaissance de la mutuelle pour « pathologie lourde » (liste E), ne consultait le dispensateur de soins qu'une fois par semaine. Le dispensateur de soins a attesté plus de séances de soins.

Ce grief concerne 1 assuré pour 155 prestations, pour la période de prestations du 21/02/2022 au 13/11/2023 et de réception par les OA du 04/04/2022 au 20/11/2023, à concurrence d'un indu total de 7.805,10 €.

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

1.1.1.1 Loi relative à l'Assurance Obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 :

(...)

Art. 73bis.

Sans préjudice d'éventuelles poursuites pénales et/ou disciplinaires et nonobstant les dispositions des conventions ou des accords visés au Titre III, il est interdit aux dispensateurs de soins et assimilés, sous peine des mesures énoncées à l'article 142, § 1^{er} :

1° de rédiger, faire rédiger, délivrer ou faire 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;

(...)

1.1.1.2 Base règlementaire

1.1.1.2.1 Annexe à l'Arrêté Royal du 14/09/1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

SECTION 3. – Kinésithérapie

"A.R. 21.2.2014" (en vigueur 1.5.2014)

"Art. 7. § 1er Prestations relevant de la compétence des kinésithérapeutes:"

(...)

"A.R. 21.2.2014" (en vigueur 1.5.2014)

2° Prestations dispensées aux bénéficiaires visés au § 11 du présent article.

I. a) Prestations effectuées au cabinet du kinésithérapeute, situé en dehors d'un hôpital ou d'un service médical organisé.

(...)

560755 Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée de minimum 60 minutes M 48

(...)

"A.R. 18.12.2002" (en vigueur 1.1.2003) + "A.R. 3.9.2015" (en vigueur 1.11.2015)

"§ 2. Les prestations définies au paragraphe précédent ne font l'objet d'une intervention de l'assurance soins de santé que lorsqu'elles sont prescrites par un docteur en médecine ou par un praticien de l'art dentaire en cas de dysfonction temporomandibulaire. La prestation "rapport écrit" ne doit pas être mentionnée explicitement sur la prescription."

"A.R. 20.10.2008" (en vigueur 1.1.2009)

"§ 3. La prescription médicale.

(...)

"A.R. 20.10.2008" (en vigueur 1.1.2009) + "A.R. 3.9.2015" (en vigueur 1.11.2015) + "A.R. 3.2.2019" (en vigueur 1.9.2019)

"La conception et la fréquence du traitement ainsi que la nécessité éventuelle de l'effectuer totalement ou partiellement au domicile du bénéficiaire sont déterminées à l'initiative et sous la responsabilité du kinésithérapeute sauf si le prescripteur précise celles-ci ou l'une de celles-ci. En cas de désaccord sur la conception ou la fréquence du traitement ou la nécessité éventuelle de l'effectuer totalement ou partiellement au domicile du bénéficiaire, le kinésithérapeute prendra contact avec le prescripteur en vue d'éventuelles modifications. Ces modifications ainsi que la mention de l'accord du médecin prescripteur seront mentionnées au dossier du bénéficiaire."

(...)

"A.R. 20.10.2008" (en vigueur 1.1.2009) + "A.R. 3.2.2019" (en vigueur 1.9.2019)

"§ 9 Le dossier individuel de kinésithérapie pour chaque patient comportera au minimum les éléments suivants:

- a) Les données administratives nécessaires à l'identification du patient et du médecin prescripteur;
- b) Les renseignements médicaux indispensables au traitement;
- c) La synthèse des constatations de l'examen kinésithérapeutique ainsi que le plan de traitement et ses modifications;
- d) Les dates de traitement ainsi que les codes prévus par la nomenclature pour chaque séance attestée;
- e) Les données et documents indispensables à l'attestation de soins tels que prévus par la nomenclature."

(...)

"A.R. 18.12.2002" (en vigueur 1.1.2003)

"§ 11. Règles d'application concernant les prestations du § 1er, 2°."

"A.R. 29.5.2024" (en vigueur 1.8.2024)

"Le kinésithérapeute est tenu d'attester au moyen des prestations visées au § 1er, 2°, chaque prestation qu'il dispense aux patients qui bénéficient d'un taux réduit des interventions personnelles sur la base de l'article 7, § 3, alinéa 2, 3°, de l'arrêté royal du 23 mars 1982 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires ou de l'intervention de l'assurance soins de santé dans les honoraires pour certaines prestations. Cette obligation ne s'applique pas lorsque le bénéficiaire se trouve dans l'une des situations prévues aux §§ 12, 13, 14bis, 14ter, 14quater ou 14quinquies."

1.1.1.2.2 Arrêté royal du 23 mars 1982 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires ou de l'intervention de l'assurance soins de santé dans les honoraires pour certaines prestations

(...)
Article 7

(...)
§ 3. [Les taux des interventions personnelles prévues au paragraphe 1er sont réduits, pour les bénéficiaires visés au présent paragraphe, respectivement à:

- 1° 25 p.c. et à 10 p.c. pour les prestations telles que mentionnées à l'alinéa 2 du paragraphe 1er;
2° 21,8 p.c. et 8,6 p.c. pour les prestations 558390, 558423 et 558795-558806, telles que mentionnées à l'alinéa 3 du paragraphe 1er.]

La disposition visée à l'alinéa 1er du présent paragraphe est applicable :

(...)
3° pour le bénéficiaire qui a un besoin accru de kinésithérapie ou physiothérapie pour une des affections suivantes :

(...)
c) séquelles motrices étendues d'origine encéphalique ou médullaire (comme par exemple, infirmité motrice cérébrale "Cerebral Palsy", hémiplégie, spina bifida, syndrome cérébelleux,...);

(...)

1.1.2 Conclusion

Ce grief concerne 1 assuré pour 155 prestations (ventilation : voir tableau ci-dessous), pour la période de prestations du 21/02/2022 au 13/11/2023 et de réception par les OA du 04/04/2022 au 20/11/2023, à concurrence d'un indu total de 7.805,10 €.

Pseudocode	Rubrique	Libellé court	Lettre-clé et coefficient	Entrée en vigueur	Nombre	Nombre effectif
560755	N05	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée de minimum 60 minutes	M 48	01/09/2010	155	155
Total					155	155

1.2 Grief 2

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 et/ou lorsque des prestations visées à l'article 34 de cette même loi ont été prescrites durant une période d'interdiction temporaire ou définitive d'exercice de la profession.

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

Ce grief concerne 1 assuré pour 85 prestations (ventilation : voir tableau ci-dessous), pour la période de prestations du 25/11/2021 au 10/11/2023 et de réception par les OA du 29/12/2021 au 13/11/2023, à concurrence d'un indu total de 2.139,46 €.

Le grief concerne, des prestations non conformes de l'Article 7 de la Nomenclature des prestations de santé (NPS). En l'espèce, des prestations de kinésithérapie ont été attestées en surnombre pour un assuré bénéficiant d'un accord de pathologie lourde. Les prescriptions médicales limitaient la fréquence à trois séances par semaine, alors que le dispensateur a attesté de quatre à cinq séances par semaine sans mention de modification validée par le prescripteur.

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

1.2.1.1 Loi relative à l'Assurance Obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 :

(...)

Art. 73bis.

Sans préjudice d'éventuelles poursuites pénales et/ou disciplinaires et nonobstant les dispositions des conventions ou des accords visés au Titre III, il est interdit aux dispensateurs de soins et assimilés, sous peine des mesures énoncées à l'article 142, § 1^{er} :

(...)

2° de rédiger, faire rédiger, délivrer ou faire délivrer les documents réglementaires précités 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

(...)

1.2.1.2 Base réglementaire

1.2.1.2.1 Annexe à l'Arrêté Royal du 14/09/1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

SECTION 3. – Kinésithérapie

"A.R. 21.2.2014" (en vigueur 1.5.2014)

"Art. 7. § 1er Prestations relevant de la compétence des kinésithérapeutes:"

(...)

"A.R. 21.2.2014" (en vigueur 1.5.2014)

2° Prestations dispensées aux bénéficiaires visés au § 11 du présent article.

I. a) Prestations effectuées au cabinet du kinésithérapeute, situé en dehors d'un hôpital ou d'un service médical organisé.

560652 Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes M 24

(...)

"A.R. 18.12.2002" (en vigueur 1.1.2003) + "A.R. 3.9.2015" (en vigueur 1.11.2015)

"§ 2. Les prestations définies au paragraphe précédent ne font l'objet d'une intervention de l'assurance soins de santé que lorsqu'elles sont prescrites par un docteur en médecine ou par un praticien de l'art dentaire en cas de dysfonction temporomandibulaire. La prestation "rapport écrit" ne doit pas être mentionnée explicitement sur la prescription."

"A.R. 20.10.2008" (en vigueur 1.1.2009)

"§ 3. La prescription médicale.

(...)

"A.R. 20.10.2008" (en vigueur 1.1.2009) + "A.R. 3.9.2015" (en vigueur

1.11.2015) + "A.R. 3.2.2019" (en vigueur 1.9.2019)

"La conception et la fréquence du traitement ainsi que la nécessité éventuelle de l'effectuer totalement ou partiellement au domicile du bénéficiaire sont déterminées à l'initiative et sous la responsabilité du kinésithérapeute sauf si le prescripteur précise celles-ci ou l'une de celles-ci. En cas de désaccord sur la conception ou la fréquence du traitement ou la nécessité éventuelle de l'effectuer totalement ou partiellement au domicile du bénéficiaire, le kinésithérapeute prendra contact avec le prescripteur en vue d'éventuelles modifications. Ces modifications ainsi que la mention de l'accord du médecin prescripteur seront mentionnées au dossier du bénéficiaire."

(...)

"A.R. 20.10.2008" (en vigueur 1.1.2009) + "A.R. 3.2.2019" (en vigueur 1.9.2019)

"§ 9 Le dossier individuel de kinésithérapie pour chaque patient comportera au minimum les éléments suivants:

a) Les données administratives nécessaires à l'identification du patient

et du médecin prescripteur;

b) Les renseignements médicaux indispensables au traitement;

c) La synthèse des constatations de l'examen kinésithérapeutique ainsi

que le plan de traitement et ses modifications;

d) Les dates de traitement ainsi que les codes prévus par la

nomenclature pour chaque séance attestée;

e) Les données et documents indispensables à l'attestation de soins

tels que prévus par la nomenclature."

(...)

"A.R. 18.12.2002" (en vigueur 1.1.2003)

"§ 11. Règles d'application concernant les prestations du § 1er, 2°."

"A.R. 29.5.2024" (en vigueur 1.8.2024)

"Le kinésithérapeute est tenu d'attester au moyen des prestations visées au § 1er, 2°, chaque prestation qu'il dispense aux patients qui bénéficient d'un taux réduit des interventions personnelles sur la base de l'article 7, § 3, alinéa 2, 3°, de l'arrêté royal du 23 mars 1982 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires ou de l'intervention de l'assurance soins de santé dans les honoraires pour certaines prestations. Cette obligation ne s'applique pas lorsque le bénéficiaire se trouve dans l'une des situations prévues aux §§ 12, 13, 14bis, 14ter, 14quater ou 14quinquies.

Arrêté royal du 23 mars 1982 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires ou de l'intervention de l'assurance soins de santé dans les honoraires pour certaines prestations

(...)

Article 7

(...)

§ 3. [Les taux des interventions personnelles prévues au paragraphe 1er sont réduits, pour les bénéficiaires visés au présent paragraphe, respectivement à :

1° 25 p.c. et à 10 p.c. pour les prestations telles que mentionnées à l'alinéa 2 du paragraphe 1er;

2° 21,8 p.c. et 8,6 p.c. pour les prestations 558390, 558423 et 558795-558806, telles que mentionnées à l'alinéa 3 du paragraphe 1er.]

La disposition visée à l'alinéa 1er du présent paragraphe est applicable :

(...)

3° pour le bénéficiaire qui a un besoin accru de kinésithérapie ou physiothérapie pour une des affections suivantes :

(...)

j) 1. mucoviscidose ou dyskinésie ciliaire bronchiale primaire objectivées;

2. bronchiectasies hyperproductives objectivées;

3. affections pulmonaires chroniques irréversibles obstructives ou restrictives avec des valeurs de volume expiratoire maximum-seconde inférieures ou égales à 60 p.c. mesurées à un intervalle d'au moins un mois; chez l'enfant de moins de 7 ans, l'insuffisance respiratoire irréversible pourra être établie sur base d'un rapport motivé du spécialiste traitant;

4. infections pulmonaires récidivantes en cas d'immunodépression grave établie;

5. dysplasie broncho-pulmonaire avec oxygénodépendance de plus de 28 jours. La demande motivée du pédiatre traitant comportera notamment le rapport d'hospitalisation en service N;

(...)

1.2.2 **Conclusion**

Ce grief concerne 1 assuré pour 85 prestations (ventilation : voir tableau ci-dessous), pour la période de prestations du 25/11/2021 au 10/11/2023 et de réception par les OA du 29/12/2021 au 13/11/2023, à concurrence d'un indu total de 2139,46 €.

Pseudocode	Rubrique	Libellé court	Lettre-clé et coefficient	Entrée en vigueur	Nombre	Nombre effectif
560652	N05	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes	M 24	01/01/2003	85	85
Total					85	85

Pour ces griefs, l'indu total a été évalué à 9.944,56 euros.

Monsieur A. a procédé au remboursement total de l'indu le 28/01/2025.

2 DISCUSSION

2.1 Quant au bien fondé des griefs

2.1.1 Grief 1

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

- 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
- Les déclarations de M. A. lors de son audition du 12/09/2024
- Les déclarations de l'assurée C. lors de son audition du 25/09/2024
- L'analyse des photocopies des agendas 2022 et 2023

Les déclarations concordantes de M. A. et de Mme. C. viennent confirmer les conclusions du premier grief.

En effet, Mme C., a indiqué, lors de son audition du 25/09/2024, que M. A. venait chez elle uniquement le mercredi.

Ces propos sont confirmés, lors de son audition du 12/09/2024, par le dispensateur qui reconnaît lui-même avoir commis une erreur.

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

2.1.2 Grief 2

Il ressort du dossier que les éléments matériels et constitutifs du grief relatif à des prestations non conformes sont réunis et prouvés notamment au regard des éléments qui suivent :

- 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
- Les déclarations de M. A. lors de son audition du 12/09/2024
- Les déclarations de l'assurée Mme D. lors de son audition du 25/09/2024
- L'analyse des photocopies des agendas 2022 et 2023
- L'analyse de divers documents relatifs aux accords de soins et soins attestés pour Mme. D. :
 - 0045 - F – D. accords médecins conseils kiné
 - 0050 - F - prescriptions D.
 - 0087 - F - Scan_OA(500)_attestation de soins

- 0096 - F – D. Accord
- 0097 - F – D. p1
- 0098 - F – D. p2
- 0099 - F – D. p3
- 0100 - F – D. p4
- 0101 - F – D. p5
- 0102 - F – D. p6
- 0103 - F – D. p7
- 0104 - F – D. p8
- 0105 - F – D. p9

Les déclarations concordantes de M. A. et de Mme. D. viennent confirmer les conclusions du deuxième grief.

En effet, Mme D., a indiqué, lors de son audition du 25/09/2024, que M. A. venait chez elle tous les jours de la semaine.

Ces propos sont confirmés, lors de son audition du 12/09/2024, par le dispensateur qui reconnaît avoir été au domicile de l'assurée tous les jours de la semaine. Il ajoute par mail du 19/01/2025 avoir « (...) *pris la décision d'augmenter la fréquence des séances de kiné respiratoire-revalidation. Je n'ai pas respecté la fréquence prescrite mais les séances ont bien été prestées, et le nombre de séances prestées n'a jamais dépassé le nombre de séances prescrites. (...)* ».

Au vu des éléments susmentionnés, le grief n° 2 relatif aux prestations non conformes est incontestablement établi.

2.2 Quant à l'indu

Les grief reprochés au terme du procès verbal de constat d'infraction du 21/11/2024 a entraîné des débours indus dans le chef de l'assurance obligatoire soins de santé pour un montant de **9.444,56** euros.

Les grief formulés étant fondés suivant l'analyse ci-dessus, il y a lieu d'ordonner, sur le fondement de l'articles 142, §1er, 1° et 2° 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 **9.444,56** euros.

M. A. a procédé au remboursement volontaire total de l'indu en date du 28/01/2025.

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, §1er, 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 concernée ;
- Pour les prestations non conformes (grief 2) : 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 25/11/2021 et le 13/11/2023 et ont été introduites auprès des organismes assureurs du 29/12/2021 au 20/11/2023.

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 soins¹.

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, collaborateur du service public de l'assurance soins de santé.

Compte tenu de l'expérience de Monsieur A. (diplômé en 2014), de la gravité des faits et du montant de la valeur des prestations indues (7.805,10 €), il est justifié de prononcer une amende administrative de 150% du montant à rembourser (Loi SSI, art. 142, §1er, 1°), soit une amende administrative d'un montant de 11.707,65 euros.

Par ailleurs, concernant **l'attestation de prestations non conformes**, le législateur a encadré de manière très précise la nécessité de se conformer aux exigences de la nomenclature pour pouvoir attester telle ou telle prestation ou pour confier exclusivement à certains professionnels l'accomplissement de certaines prestations, afin d'éviter les abus.

Les règles de la Nomenclature des prestations de santé sont de stricte interprétation et doivent être appliquées rigoureusement² 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 soins³.

Le respect des formalités administratives prévues par la réglementation est un des fondements de ce rapport de confiance⁴, puisque ces normes sont clairement et expressément énoncées dans la réglementation.

¹ 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

² Cass. 20/11/2017, C.15.02132.N

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

⁴ 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

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 2014) et du montant de l'indu (2.139,46 euros), 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, soit une amende administrative d'un montant de 2.139,46 euros.

Toutefois, l'article 157, §1er 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 9.944,56 euros en date du 28/01/2025.

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, §1er, 1°), soit 11.707,65 euros, dont un tiers en amende effective (soit une amende effective d'un montant de 3.902,55 euros) et deux tiers en amende assortie d'un sursis d'une durée de 3 ans (soit 7.805,10 €) ;
- 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 2.139,46 euros, dont la moitié en amende effective (soit 1.069,73 €) et la moitié en amende assortie d'un sursis d'une durée de 3 ans (soit 1.069,73 €).

2.3.3 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 deux griefs reprochés à Monsieur A. ;
- Condamne solidairement Monsieur A. et la SRL B. à rembourser la valeur des prestations indues s'élevant à 9.944,56 euros (Loi SSI, art. 142, §1er, 1° et 2° et art. 164, al. 2) ;
- Constate que Monsieur A. a procédé au remboursement de la totalité de l'indu le 28/01/2025.
- Condamne Monsieur A. à payer une amende administrative au titre des prestations non effectuées de 150% du montant des prestations indument attestées à charge de l'assurance obligatoire soins de santé (Loi SSI, art. 142, §1er, 1°), soit 11.707,65 euros, dont un tiers en amende effective (soit une amende effective d'un montant de 3.902,55 euros) et deux tiers en amende assortie d'un sursis d'une durée de 3 ans (soit 7.805,10 €) ;
- Condamne Monsieur A. à payer une amende administrative au titre des prestations non conformes de 100% du montant des prestations indument attestées à charge de l'assurance obligatoire soins de santé (Loi SSI, art. 142, §1er, 2°), soit 2.139,46 euros, dont la moitié en amende effective (soit 1.069,73 €) et la moitié en amende assortie d'un sursis d'une durée de 3 ans (soit 1.069,73 €).
- 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,