

**DECISION DU FONCTIONNAIRE-DIRIGEANT DU 9 SEPTEMBRE 2024
BRS/F/24-011**

Concerne : **MONSIEUR A.
PHARMACIEN
ET
B. SRL**

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. GRIEF FORMULE

Un grief de prestations non fournies (Loi SSI, art. 73bis, 1^o) a été formulé 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 d'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.

Il s'agit d'une infraction visée à l'article 73 bis 1^o de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

En l'occurrence, Monsieur A. a porté en compte à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités des conditionnements de spécialités pharmaceutiques alors qu'ils n'ont pas été fournis.

Ces faits relèvent des dispositions de l'article 142, § 1^{er}, 1^o de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

1.1 Base légale et/ou réglementaire du grief

Arrêté Royal du 1^{er} février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques:

Art. 2. L'assurance n'intervient que dans les coûts des spécialités figurant dans la liste et qui le cas échéant, ont été prescrites conformément à l'arrêté royal du 8 juin 1994 fixant le modèle de document de prescription des prestations de fournitures pharmaceutiques pour les bénéficiaires non hospitalisés, et qui ont été délivrées par les dispensateurs de soins légalement autorisés.

L'intervention peut être subordonnée à des mesures limitatives et dérogatoires déterminées par le présent arrêté royal.

Les spécialités remboursables sont destinées à des bénéficiaires hospitalisés ou non.

1.2 Prestations à grief

NB : En dessous de chaque CNK, le 1er terme de la soustraction est le nombre de conditionnements facturés et le 2ème terme est le nombre de conditionnements achetés.

1.2.1 CNK : 2071694 : NOVOMIX 30 Penfill 5x30ml 100U/ml

123 – 115 = 8 conditionnements de NOVOMIX 30 Penfill 5x30ml 100U/ml (CNK 2071694) ont été portés en compte à l'assurance obligatoire alors qu'ils n'ont pas été fournis aux assurés correspondants entre le 01/06/2019 et le 30/09/2021.

Indu : $8 \times 4.783,50 \text{ €} / 123 = 311,12 \text{ €}$

1.2.2 CNK : 2464568 : WELLBUTRIN XR 300mg Tabs 90 x 300 MG

40 – 36 = 4 conditionnements de WELLBUTRIN XR 300mg Tabs 90 x 300 MG (CNK 2464568) ont été portés en compte à l'assurance obligatoire alors qu'ils n'ont pas été fournis aux assurés correspondants entre le 01/06/2019 et le 30/09/2021.

Indu : $4 \times 2.888,81 \text{ €} / 40 = 288,88 \text{ €}$

1.2.3 CNK : 2564458 : EUCREAS 50mg/850 mg comprimés pelliculés 180 comprimés

40 – 36 = 4 conditionnements de WELLBUTRIN XR 300mg Tabs 90 x 300 MG (CNK 2464568) ont été portés en compte à l'assurance obligatoire alors qu'ils n'ont pas été fournis aux assurés correspondants entre le 01/06/2019 et le 30/09/2021.

Indu : $4 \times 2.888,81 \text{ €} / 40 = 288,88 \text{ €}$

1.2.4 CNK : 2679389 : SIMPONI 100mg, solution injectable en seringue préremplie

37 – 36 = 1 conditionnement de SIMPONI 100mg, solution injectable en seringue préremplie (CNK 2679389) ont été portés en compte à l'assurance obligatoire alors qu'ils n'ont pas été fournis aux assurés correspondants entre le 01/06/2019 et le 30/09/2021.

Indu : $1 \times 39.950,54 \text{ €} / 37 = 1.052,72 \text{ €}$

1.2.5 CNK : 3111283 : STRIBILD 150mg/150mg/200mg/245mg 30 comprimés

4 – 2 = 2 conditionnements de STRIBILD 150mg/150mg/200mg/245mg 30 comprimés (CNK 3111283) ont été portés en compte à l'assurance obligatoire alors qu'ils n'ont pas été fournis aux assurés correspondants entre le 01/06/2019 et le 30/09/2021.

Indu : $2 \times 3.885,08 \text{ €} / 4 = 1.942,54 \text{ €}$

1.2.6 CNK : 3214467 : TRIUMEQ 50mg/600mg/300mg 30 comprimés

88 – 86 = 2 conditionnements de TRIUMEQ 50mg/600mg/300mg 30 comprimés (CNK 3214467) ont été portés en compte à l'assurance obligatoire alors qu'ils n'ont pas été fournis aux assurés correspondants entre le 01/06/2019 et le 30/09/2021.

Indu : $2 \times 78.448,70 \text{ €} / 88 = 4.302,18 \text{ €}$

Auditionné le 04/02/2022, le Pharmacien A. a déclaré :

« E.: A titre exemplatif, voici les chiffres dont nous disposons pour quelques cas (liste non complète):

1) TRIUMEQ 50 mg/600mg/300mg 30 comprimés (CNK : 3214467)

95.743 conditionnements ont été remboursés en Belgique sur la période allant de 09/2018 à 05/2021, dont 58 ont des CBU « partagés » : un même CBU se retrouve dans les données de facturation de plusieurs officines différentes.

En ce qui concerne l'officine APB 213263, 10 conditionnements sur les 58 remboursés durant la période comprise entre septembre 2018 et mai 2021 ont un CBU présent dans une autre officine, ce qui représente $10/58 = 17,24\%$. Le montant remboursé correspondant à ces 10 conditionnements est de 9.064,90 €

Et 2 n'ont ni CBU, ni 2 D MATRIX. Dès lors, $10 + 2 = 12$ conditionnements sont « suspects », ce qui représente $12/58 = 20,69\%$ du total des boîtes remboursées pour cette spécialité. Le montant correspondant à ces 12 conditionnements est de 10.841,13 €.

A.: Produit contingenté, donc il arrive après l'encodage de la prescription correspondante, encodage qui sert non seulement à la facturation, mais aussi à la commande auprès du grossiste. Au moment de cette commande, il est indisponible chez le grossiste mais il est fourni plus tard par celui-ci, à un moment où l'ordonnance est déjà partie en facturation.

D.: Cette pratique conduit parfois à des surfacturations si, in fine, les boîtes n'arrivent jamais à l'officine.

A.: oui, c'est vrai (...)

E.: Pour le patient avec n° NISS ..., sur la période allant de 09/2018 à 05/2021, 30 boîtes de triumeq ont été facturées dont 2 pour lesquelles le CBU n'a pas été lu et 3 dont le CBU se retrouve dans une autre officine, ce qui représente 16,67% des présumées délivrances à ce patient, le montant correspondant étant de 4.495,70 €.

A.: il arrive que je ne scanne pas des CBU alors que les boîtes correspondantes ont été fournies. Il s'agit d'une erreur dans ces cas. N'oubliez pas que je travaillais seul.

J'explique les 3 doublons de CBU tels que le cas du patient avec n° NISS ... par l'exécution de plusieurs ordonnances du Dr C., pour lesquelles aucune fourniture n'a été faite aux patients. »

1.2.7 CNK : 3380201 : HUMIRA 40mg/0,4ml sol inj seringue préremplie 2

14 – 7 = 7 conditionnements de HUMIRA 40mg/0,4ml sol inj seringue préremplie 2 (CNK 3380201) ont été portés en compte à l'assurance obligatoire alors qu'ils n'ont pas été fournis aux assurés correspondants entre le 01/06/2019 et le 30/09/2021.

Indu : $7 \times 8.604,36 \text{ €} / 14 = 4.302,18 \text{ €}$

1.2.8 CNK : 3460755 : ODEFSEY 200mg/25mg/25mg 30 comprimés

39 – 37 = 2 conditionnements de ODEFSEY 200mg/25mg/25mg 30 comprimés (CNK 3460755) ont été portés en compte à l'assurance obligatoire alors qu'ils n'ont pas été fournis aux assurés correspondants entre le 01/06/2019 et le 30/09/2021.

Indu : $2 \times 30.801,39 \text{ €} / 39 = 1.579,56 \text{ €}$

1.2.9 CNK : 3774676 : BIKTARVY 50mg/200mg/25mg 30 comprimés

39 – 37 = 2 conditionnements de ODEFSEY 200mg/25mg/25mg 30 comprimés (CNK 3460755) ont été portés en compte à l'assurance obligatoire alors qu'ils n'ont pas été fournis aux assurés correspondants entre le 01/06/2019 et le 30/09/2021.

Indu : $2 \times 30.801,39 \text{ €} / 39 = 1.579,56 \text{ €}$

1.3 **Positions et justifications du dispensateur de soins**

Les initiales suivantes se rapportent aux intervenants :

- Madame D., pharmacien-inspecteur ;
- Madame E., pharmacien-inspecteur ;
- Monsieur A., suspect ;

« A. : Mr C. m'a fait savoir que l'officine n'allait pas bien depuis 2018 et en plus il avait restauré l'officine et devait payer mon salaire, lequel prenait du retard. Il m'a demandé d'introduire des spécialités non délivrées sur base de ses propres prescriptions (datées et signées par lui-même et portant ses références de prescripteur) dans le logiciel officinal pour les facturer à l'AMI.

Il m'a aussi demandé de procéder de la sorte en ce qui concerne d'autres médecins spécialistes de sa connaissance quand le médicament incriminé était remboursable uniquement sur base d'une prescription émanant d'un médecin spécialiste et non d'un généraliste. (...)

A. : Je recevais la prescription « papier » portant les coordonnées du Dr F. des mains du dr C. et portant les références d'un patient déjà présent dans le logiciel officinal. Ce patient a effectivement fait l'objet de fournitures antérieures d'HUMIRA prescrit par d'autres médecins spécialistes.

Donc, sans conditionnement « physique » et sans « patient réel », il m'était techniquement possible de facturer une spécialité pharmaceutique sur base d'une prescription pour autant que le présumé patient ait transité dans mon officine et que celui-ci contienne ses données d'assurabilité.

E. : y a-t-il d'autres cas pour des médicaments remboursables sur base de prescriptions du médecin spécialiste ?

A. : non. Par contre, pour les autres médicaments remboursables, c'est le dr C. qui prescrivait. J'ajoute que des boîtes ont quand même été scannées après fournitures par CERP, puis mises de côté pour une prochaine fourniture réelle basée sur une autre prescription.

E. : Dans ce cas, le même code à barres se retrouve deux fois dans votre officine ?

A.: oui.

E.: Comment se fait-il que les CBU se retrouvent dans vos données alors qu'il n'y a ni commande, ni fourniture ?

Voici des exemples dont je vous remets copies:

Pharmacie	Pharmacie	CBU	CNK	Produit	Produit	NISS	Prescription	Date délivrance
524509	Pharmacie G.	...	2118610	STALEVO	150/37,5/200 mg	07-10-2019
213263	B.	...	2118610	STALEVO	150/37,5/200 mg	23-07-2019

A. : j'ai commandé le produit pour satisfaire l'exécution d'une ordonnance dans ce cas précis, mais après fourniture du grossiste, pour une raison bien déterminée, j'ai dû restituer la boîte au grossiste car le patient n'en voulait plus. (...)

A.: c'est selon moi impossible. Il m'est arrivé de reprendre des médicaments à des patients, pour autant que les boîtes aient été intactes et donc revendables. Cela pourrait expliquer des CBU dans les données de mon officine et dans celles d'une autre.

E.: pas dans les proportions révélées par vos statistiques : je vous rappelle que B. est 6^{ème} au classement belge des officines concernées par les CBU multiples.

A. : je me souviens que je pouvais introduire des CBU en encodant des CBU d'échantillons présentés par le Dr C. Il me suffisait d'en modifier les 3 derniers chiffres pour valider dans le logiciel informatique un CBU « correcte et accepté par celui-ci ».

J'insiste sur le fait que j'ai agi sous la pression, sous la menace dont j'ai la preuve, de mon patron le Dr C. Toujours pareil : il faut agir de la sorte pour maintenir l'officine et payer les factures dont bien sûr mon salaire (...)

E.: Sur la période comprise entre septembre 2018 et mai 2021, 544 spécialités ont un CBU ou 2D matrix soit non lu soit un CBU que l'on retrouve dans une autre officine du pays représentant 39.793,74 €. Parmi ces 544 spécialités, 227 ont été prescrites par le Docteur C.

A. : Il m'est effectivement arrivé de facturer des médicaments repris sur des prescriptions non nécessaires (délivrances différées, ordonnances surnuméraires d'autres médecins que le Dr C., càd prescrites en quantité excessive par rapport aux besoins médicaux du patient). »

1.4 **Conclusion**

CNK	Libellé	Qt remb	Montant remb	Qt fourni e	Qt (remb- fournie)	Montan t unitaire	Montant indu	% Qt (remb- fournie) /Qt remb
207169 4	NOVOMIX	123	4.783,50 €	115	8	38,89 €	311,12 €	7%
246456 8	WELLBUTRI N XR	40	2.888,81 €	36	4	72,22 €	288,88 €	10%
256445 8	EUCREAS	6	764,91 €	3	3	127,49 €	382,46 €	50%
267938 9	SIMPONI	37	38.950,54 €	36	1	1052,7 2 €	1.052,72 €	3%
311128 3	STRIBILD	4	3.885,08 €	2	2	971,27 €	1.942,54 €	50%
321446 7	TRIUMEQ	88	78.448,70 €	86	2	891,46 €	1.782,93 €	2%
338020 1	HUMIRA	14	8.604,36 €	7	7	614,60 €	4.302,18 €	50%
346075 5	ODEFSEY	39	30.801,39 €	37	2	789,78 €	1.579,59 €	5%
377467 6	BIKTARVY	71	61.530,79 €	67	4	866,63 €	3.466,53 €	6%
Total		422	230.658,0 8 €	389	33		15.108,9 0 €	8%

Pour la période de présumée fourniture comprise entre le 01/06/2019 et le 30/09/2021, et concernant 9 spécialités pharmaceutiques différentes, 422 conditionnements ont été portés en compte à l'assurance obligatoire, 389 ont été fournis par les grossistes et firmes pharmaceutiques à la Pharmacie B.

33 conditionnements ont été portés en compte à l'assurance obligatoire, alors qu'ils n'ont pas été fournis aux assurés correspondants.

Le montant correspondant est de 15.108,90 €.

2. **DISCUSSION**

2.1. **Sur le bien fondé du grief unique de prestations non fournies**

2.1.1. **Quant aux moyens de défense développés par la SRL B. et Monsieur A.**

2.1.1.1. **Sur la position de la SRL B.**

Par mail du 19/07/2024, la SRL B. a transmis ses moyens de défense auxquels elle a joint :

- Une lettre de licenciement pour faute grave en date du 14/01/2021, barrée avec la mention « nulle et non à venu à ce jour » ;

- Une reconnaissance écrite en date du 14/01/2021 par M. A. d'avoir fait des « bêtises (vols) » dans la pharmacie ;
- une lettre de mise en demeure adressée par le Conseil de la SRL B., le 8 juillet 2024, à Monsieur A.

Dans ses moyens de défense, la SRL B. indique ne jamais avoir reçu le courrier du 9/02/2022 lui notifiant la copie du procès verbal de constat du 8/06/2022 dressé au nom de Monsieur A.

Elle dit ne pas être au courant de l'infraction reprochée à Monsieur A. et indique ne pas être certaine d'avoir perçu les remboursements de l'assurance soins de santé liés à l'infraction.

Elle conteste devoir être tenue solidairement du remboursement de la valeur des prestations induit perçues et demande la plus grande clémence en cas de prononcé d'une amende.

2.1.1.2. Sur la position de Monsieur A.

Dans ses moyens de défense du 16/07/2024, déposés par les e-services le 16/07/2024, Monsieur A. indique le contexte de son travail au sein de la pharmacie de la SRL B.

Il évoque des heures supplémentaires non payées et également des travaux effectués en 2018 dans l'officine ayant provoqué des difficultés financières pour la SRL B.

Il avance avoir reçu ordre du Docteur C. d'introduire au remboursement de l'assurance obligatoire des spécialités non délivrées sur base de ses propres prescriptions ou de prescriptions que le Docteur C. connaissait quand il s'agissait de spécialités remboursables si prescrites par un spécialiste. Il souligne que sur 30.407 spécialités ayant donné lieu à un remboursement de septembre 2018 à mai 2021, 12.735 ont été prescrites par le Docteur C. (soit 41%). Il évoque avoir tenté de s'opposer à ces pratiques frauduleuses mais avoir reçu des pressions de la part de son employeur.

Il met également en avant le fait que s'il a démissionné en juillet 2021 de la SRL B., il a reçu une invitation à une audition de la part du SECM que le 6/01/2022, et a donc mis un terme à la « fraude » avant de savoir que l'INAMI menait une enquête sur la pharmacie de la SRL B.

Il met en avant sa bonne collaboration avec l'enquête et le fait d'avoir remboursé la totalité de l'indu (ce qui constitue pour lui déjà une sanction puisqu'il n'a pas perçu les remboursements indus).

Compte tenu de tous ces éléments, il demande que l'amende administrative soit portée au niveau le plus bas et qu'à tout le moins un sursis total lui soit accordé.

2.1.2. Sur le bien fondé du grief reproché à Monsieur A.

Monsieur A. est le premier responsable des infractions qui lui sont reprochées.

En effet, Monsieur A. est dispensateur de soins au sens de l'article 2n de la loi SSI car, en tant que pharmacien, il est praticien de l'art de guérir au sens de l'article 2 l de la loi SSI.

La réglementation ne parle que du pharmacien et non de la pharmacie.

Seul le pharmacien peut adhérer à un office de tarification et peut signer la convention pharmaciens-mutualités qui permet de facturer les prestations en tiers payant.

Les conditionnements sont portés en compte à l'assurance obligatoire soins de santé sous le n° INAMI du pharmacien : le pharmacien transmet les données à l'office de tarification qui procède aux vérifications et introduit ensuite les prestations au remboursement de l'assurance obligatoire soins de santé.

La convention pharmacien-mutualité aborde bien la question de la facturation sous l'angle du pharmacien et non de la pharmacie :

« Article 7. Tarification – Facturation

§1. *Le pharmacien appliquant le système du tiers payant s'engage à adresser à l'office de tarification auquel il a adhéré, les prescriptions exécutées, au plus tard dans les 2 mois suivant celui au cours duquel ces prescriptions ont été exécutées. Le pharmacien donne mandat à l'office de tarification pour qu'il se charge de la tarification selon les règles approuvées par le Comité de l'Assurance*

https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/instructions_collecte_de_donnees.pdf

Les factures relatives à ces délivrances établies par l'office de tarification conformément aux instructions aux offices de tarification (OTFS), sont adressées aux organismes assureurs dans les deux mois suivant la fin du mois au cours duquel les prescriptions ont été exécutées. Elles ne sont recevables que si les dispositions réglementaires sont respectées (...)

§5. *Le pharmacien donne mandat à l'office de tarification auquel il/elle a adhéré d'exécuter en son nom toute opération nécessaire et reconnaît notamment comme valable l'acquit donné en son nom de toute somme perçue ».*

Les Chambres de première instance et de recours instituées auprès de l'INAMI, dans le cadre des dossiers pharmaciens, retiennent également la responsabilité du pharmacien titulaire et non de la pharmacie¹.

Si Monsieur A. dit avoir commis l'infraction à la demande de son employeur le Docteur C. (ce dont il ne rapporte pas la preuve formelle), si lui comme la SRL B. fournissent des éléments relatifs à un climat de travail difficile, voire conflictuel, il n'en demeure pas moins que, quoiqu'il en soit, le bilan entrées-sorties est clair et qu'en tant que pharmacien, Monsieur A. était le maillon central pour mettre en œuvre les mécanismes permettant de procéder à l'attestation à l'assurance obligatoire soins de santé de prestations non fournies dont le remboursement était versé, comme pour tous les autres conditionnements facturés à l'assurance maladie obligatoire, par l'office de tarification sur le compte de la SRL B.. Autrement dit, sans son intervention, l'infraction n'aurait pas été commise.

Quant à la notification de la copie du PVC à la SRL B., elle a été envoyée à cette dernière par courrier recommandé n°...

¹ CPI, 28/02/2019, FA-003-18,

https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/jurisprudence_cpi_pharmacien_20190228_2.pdf

CPI, 18/05/2018, N° rôle : FA-006-17,

https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/jurisprudence_cpi_pharmacien_20180518_1.pdf

La SRL B. a adressé par l'intermédiaire de son conseil des moyens de défense qui démontrent qu'elle a pris connaissance de la demande formulée par le SECM.

Dans ces conditions, le grief de prestations non fournies est établi dans le chef de Monsieur A.

2.2. Sur l'indu

Le grief unique reproché au terme du procès-verbal de constat d'infraction du 8 juin 2022, notifié le 9 juin 2022, a entraîné des débours indus dans le chef de l'assurance obligatoire soins de santé pour un montant de 15.108,90 euros.

Etant donné que les remboursements de l'assurance soins de santé ont été perçus par la SRL B., il doit être fait application de l'article 164 alinéa 2 de la loi SSI.

Monsieur A. a procédé au remboursement volontaire total de l'indu par versement bancaire du 25 août 2022 d'un montant de 15.108,90 euros.

Le grief formulé à l'encontre de Monsieur A. étant fondé suivant l'analyse ci-dessus, il y a lieu, d'une part, d'ordonner que Monsieur A. et la SRL B. soient condamnés solidairement à rembourser la valeur des prestations indues s'élevant à 15.108,90 euros (Loi SSI, art. 142, §1^{er}, 2° et art. 164, al. 2), et d'autre part, de constater que la valeur des prestations indues a été remboursée en intégralité par Monsieur A. et que l'indu résiduel s'élève à zéro euros.

2.3. Sur l'amende administrative

2.3.1. Quant au régime de l'amende administrative

L'article 142, §1^{er}, 1° de la loi SSI prévoit pour le grief unique relatif aux prestations non conformes, le remboursement de la valeur des prestations indues attestées à charge de l'assurance soins de santé et/ou une amende administrative comprise entre 50 % et 200 % du montant de la valeur des prestations concernées.

2.3.2. Quant à l'amende administrative retenue

Les prestations citées à grief, comprises entre 01/06/2019 et le 30/09/2021, ont été réceptionnées par les organismes assureurs du 01/07/2019 au 31/10/2021.

Le Service d'évaluation et de contrôle médicaux estime nécessaire de prononcer une amende administrative à charge de Monsieur A.

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

En attestant des prestations qu'il n'a pas effectuées ou qu'il n'a pas fournies, Monsieur A. a méconnu les obligations qui lui incombaient en sa qualité de dispensateur de soins et n'a pas fait preuve de professionnalisme.

La réglementation relative à l'assurance obligatoire soins de santé est de stricte interprétation et doit être appliquée rigoureusement,² 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.

Compte tenu du nombre de prestations non fournies attestées par Monsieur A. (33 prestations) sur une période de 28 mois (dates de fourniture présumée comprises entre le 01/06/2019 et le 30/09/2021), compte tenu de l'expérience professionnelle de Monsieur A. (diplômé en 2007, salarié au sein de la pharmacie B. de septembre 2007 au 24 octobre 2021), mais aussi au regard de la gravité des faits et du faible montant de l'indu en cause au titre de ce grief unique (15.108,90 €), il est justifié de prononcer à l'encontre de Monsieur A., au titre des griefs de prestations non fournies, une amende administrative de 100% du montant indu à rembourser (LC 14.07.1994, art. 142, §1er, 1^o), soit 15.108,90 euros (indu de 15.108,90 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. Il convient de tenir compte, non seulement des éléments rappelés ci-dessus, mais aussi de l'absence d'antécédents dans le chef de l'intéressé dans les 3 ans précédant le prononcé de la présente décision, du remboursement total de la valeur des prestations indûment remboursées par l'assurance soins de santé et, du statut salarié du dispensateur de soins qui n'a, semble-t-il, pas tiré de gain de l'infraction commise dans un contexte de travail manifestement conflictuel. Cela justifie que la sanction soit assortie d'une mesure de sursis total devant l'inciter à rectifier, pour l'avenir, sa pratique dans un sens conforme à la réglementation et aux exigences de son art et devant lui rappeler l'importance de la faute commise.

Il est dès lors justifié de prononcer, dans le chef de Monsieur A., au titre du grief de prestations non fournies, une amende administrative de 100 % du montant des prestations indument attestées à charge de l'assurance soins de santé (LC 14.07.1994, art. 142, §1er, 1^o), soit 15.108,90 €, assortie d'un sursis total d'une durée de trois ans.

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

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 établi le grief unique de prestations non fournies reproché à Monsieur A. pour tous les cas visés à la note de synthèse ;
- Condamne Monsieur A. et la SRL B. à rembourser la valeur des prestations indues s'élevant à 15.108,90 euros (Loi SSI, art. 142, §1er, 1° et art. 164, al. 2) ;
- Constate que Monsieur A. a remboursé la totalité de la valeur des prestations indues ;
- Condamne Monsieur A. à payer une amende administrative au titre des prestations non fournies à hauteur de 100% du montant des prestations indues attestées à charge de l'assurance obligatoire soins de santé (Loi SSI, art. 142, §1er, 1°), soit 15.108,90 euros, assortie d'un sursis pour la totalité pour une durée de trois ans ;
- 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,