

**DECISION DU FONCTIONNAIRE-DIRIGEANT DU 29 JUIN 2018**  
**BRS/F/18-016/art.77**

Concerne : **Monsieur A**  
**Infirmier**  
**Et B.**

**1. EXPOSE DES FAITS**

**1.1. Données Soins de Santé**

**1.1.1. Groupement infirmier :**

B., Rue ... - ... (Pièce 2 et 3)  
 N° INAMI : ...  
 Ouverture du groupement en mai ... (Pièce 18)

Profils de B. (Pièce 19)

Tableaux anonymisés

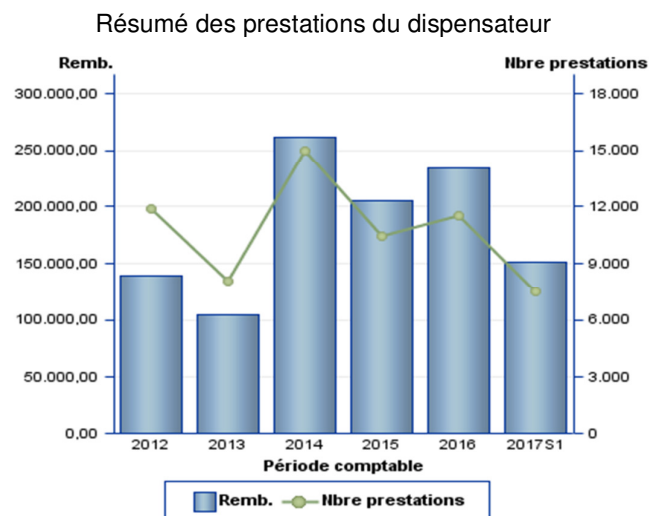
**1.1.2. Responsable du groupement infirmier :**

Monsieur A. (Pièce 1)

N° INAMI : ...

Profils de Monsieur A. (Pièce 20)

Tableau anonymisé :



## 1.2. Données RN + BCE

N° RN de Monsieur A. : ... (Pièce 1)

N° BCE de la Société B. : ... (Pièce 2 et 3)

## 1.3. Données OA

Les organismes assureurs OA 100, 200, 300, 400, 500, 600 et 900 ont transmis des données au Service d'évaluation et de contrôle médicaux relatives à la facturation de janvier 2015 à juin 2017 introduite sur les directives de Mr A.

	Montant des factures reçues du 01/01/2015 au 30/06/2017	Nombre d'assurés
OA 100	604.798,74 euros	73 assurés
OA 200	24.002,01 euros	9 assurés
OA 300 Solidaris	903.367,96 euros	101 assurés
OA 400	102.117,91 euros	20 assurés
OA 500	1.232.284,85 euros	187 assurés
OA 600	30.371,46 euros	3 assurés
OA 900	1.483,90 euros	1 assuré
<b>TOTAL :</b>	<b>2.898.426,83 euros</b>	<b>394 assurés</b>

## 1.4. Antécédents liés aux dossiers

**1.4.1.** Dans le cadre de l'enquête E/..., Mr A. s'est vu reprocher des griefs pour des prestations non effectuées et non conformes : 3.901,42 € (prestations non effectuées) et 54.025,61 € (prestations non conformes).

Par une décision du 17/09/2013, la Chambre de première instance, juridiction administrative instituée auprès de l'INAMI (pièce 21) a déclaré établis les griefs de prestations non effectuées et de prestations non conformes (surscorage de l'état de dépendance physique, absence de toilette et impossibilité de facturer à l'assurance soins de santé un forfait, et attestation d'un code de nomenclature pour des prestations non prévues par elle). Elle a notamment condamné Mr A. à rembourser l'indu et à payer deux amendes de 1.375 euros.

Mr A. a totalement remboursé à l'exception d'un montant de 10 euros.

**1.4.2.** Dans le cadre de l'enquête E/..., quatre procès-verbaux de constat ont été notifiés à Mr A. ; les griefs reprochés portaient sur des prestations non effectuées. Le 24/05/2018, le SECM a déposé une requête de saisine de la Chambre de première instance, afin notamment qu'elle :

- déclare établi le grief formulé à l'encontre de M. A. de prestations non effectuées,
- condamne solidairement M. A. et la SPRL B. au remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé, soit la somme de 58.403,53 € euros (article 142, §1er, 1°, de la loi ASSI coordonnée),
- condamne M. A. Jacques au paiement d'une amende administrative s'élevant à 200% du montant de la valeur des prestations indues, soit la somme de 116.807,06 euros (article 142, §1er, 1° de la loi ASSI coordonnée).

## **1.5. Indices graves, précis et concordants de fraude en vue de la suspension des paiements du n° tiers payant**

**1.5.1.** Il ressort des déclarations de quatre assurés (Monsieur C. (Pièce 4), Monsieur D. (Pièce 5), Madame E. (Pièce 6) et Madame F. (Pièce 7)) qui ont été auditionnés en septembre et octobre 2017, lors de l'enquête E/..., que les prestations facturées à l'assurance soins de santé par le groupement infirmier « B. » entre janvier 2015 et juin 2017 sont non effectuées.

Suite à une conversation téléphonique du Service avec le Conseil de B., Me G., le 12/06/2018, le Service a adressé par mail le complément d'informations :

« Maitre,

*Comme convenu, et suite à nos échanges de la semaine passée, notre Service revient vers vous, afin d'apporter des précisions relatives à la fiche indices de fraude sur le point 5.1 :*

*« 5.1. Il ressort des déclarations de quatre assurés (Monsieur C. (Pièce 4), Monsieur D. (Pièce 5), Madame E. (Pièce 6) et Madame F. (Pièce 7)) qui ont été auditionnés en septembre et octobre 2017, lors de l'enquête E/... que les prestations facturées à l'assurance soins de santé par le groupement infirmier « B. » entre janvier 2015 et juin 2017 sont non effectuées ».*

*Voici les précisions que notre Service peut apporter, étant précisé que l'enquête est toujours en cours et que ces éléments ne valent pas procès-verbal de constat, mais sont pris en considération en tant qu'indices de fraude, au sens de l'art. 77sexies de la loi ASSI (L.C. 14/07/1994) :*

### **1. Concernant l'audition de Mr C.**

*Prestations portées en compte de l'assurance soins de santé : un forfait A a été attesté du 10/05/2016 au 09/08/2016 avec une prestation de base et une toilette.*

*Mr. C. a indiqué qu'il a été opéré d'un kyste pilonidal le 30/04/2016 et que Mr. A. est venu soigner la plaie avec des mèches durant 30 à 40 jours, 1 fois par jour. Après un mois, Mr C. a repris le travail.*

*Or, le forfait A a été attesté durant 3 mois.*

*Il ressort de ces éléments que les soins ne semblent avoir été effectués que jusqu'à la reprise du travail de M. C. et que tous les soins attestés après le 10 juin 2016 ne paraissent pas avoir été effectués.*

### **2. Concernant l'audition de Mme E.**

*Les prestations portées en compte de l'Assurance soins de santé sont les suivantes :*

- *du 01/01/2015 au 31/01/2015 attestation de 3 prestations de base, 3 injections et 5 toilettes par semaine ;*
- *du 01/02/2015 attestations de 7 toilettes par semaine ;*
- *du 01/03/2015 au 10/03/2015 attestation de 2 prestations de base, 2 injections et 1 toilette par jour ;*
- *du 11/03/2015 au 13/03/2015 attestation de 3 prestations de base, 3 injections et 1 toilette par jour ;*
- *du 03/06/2015 au 13/06/2015 attestation de 7 toilettes par semaine ;*
- *du 14/06/2015 au 01/01/2016 attestation de 2 prestations de base, 2 injection et 1 toilette par jour en semaine et 3 prestations de base le weekend ;*
- *du 02/01/2016 au 30/06/2017 attestation de 7 toilettes par semaine.*

*Mme E. a déclaré qu'elle a reçu des petits soins, comme une piqûre mais pas d'autres soins.*

...

*Les injections ont été introduites au remboursement sur prescription d'un médecin traitant autre que le propre médecin traitant de Mme E.*

*Il ressort de ces éléments que toutes les toilettes, toutes les deuxièmes et troisièmes prestations de base ne semblent pas avoir été effectuées.*

### **3. Concernant l'audition de Mr D.**

*Prestations portées en compte de l'assurance soins de santé : un forfait A a été attesté du 02/01/2015 au 30/06/2015 (période investiguée).*

*Monsieur D. a déclaré avoir été opéré pour une luxation acromia-claviculaire. Il indique avoir eu 2 semaines de soins de plaie.*

*La facturation a débuté avant la date de l'investigation (soit avant janvier 2015). Pour la période contrôlée (à partir de janvier 2015), aucun soin ne paraît avoir été effectué.*

### **4. Concernant l'audition de Mme F.**

*Prestations portées en compte de l'assurance soins de santé : un forfait C palliatif est attesté chaque jour du 01/01/2015 au 10/03/2016 avec 2 prestations de base et 2 toilettes.*

*Mme F. a déclaré que son mari a d'abord reçu des soins de M. A. puis après ce sont d'autres hommes qui venaient.*

*Les hommes qui venaient soigner M. H. semblent être des aides-soignants.*

*L'audition de cette assurée concernant les soins infirmiers reçus par son mari, M. H., a été visée par erreur dans la fiche indices de fraude parmi le cas des prestations non effectuées et illustre en réalité le cas des prestations effectuées par des tiers non habilités. En effet, il semble que M. A. n'a pas accompli les obligations administratives pour pouvoir travailler avec des aides-soignants. En outre, les soins palliatifs reçus par l'assuré ne pouvaient pas être effectués par des aides-soignants.*

*Nous restons à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.*

*Bien à vous."*

**1.5.2.1.** Il ressort des déclarations de quatre employés de B. : la secrétaire de direction auditionnée en septembre (Madame I. (Pièce 14), deux aides-soignants auditionnés en décembre 2017 (Madame J. (Pièce 8 et 9) & Monsieur K. (Pièce 10 et 11)) et d'un aide-soignant en formation auditionné en février 2018 (L. (Pièce 12 et 13)) lors de l'enquête E/..., qu'un grand nombre de prestations facturées à l'assurance soins de santé par le groupement infirmier « B. » entre janvier 2015 et juin 2017 ont été effectuées par des tiers non habilités.

**1.5.2.2.** Il ressort de l'analyse des données DmfA et Dimona que, de janvier 2015 à juin 2017, « B. » a toujours employé plus d'Equivalent Temps Plein aides-soignants que d'Equivalent Temps Plein infirmiers (Pièce 15). Il est à noter que Mr A. n'a pas d'autorisation pour travailler avec des aides-soignants que ce soit pour « B. » (Pièce 16) ou pour « M. » (Pièce 17).

Périodes	Nombre moyen d'ETP d'aides-soignant(e)s employé(e)s de B. par semestre	Nombre moyen d'ETP d'infirmier(ère)s employé(e)s de B. par semestre
2015 S1	7,45 ETP	5,48 ETP
2015 S2	7,11 ETP	5,40 ETP
2016 S1	7,00 ETP	4,96 ETP

<b>2016 S2</b>	6,77 ETP	4,58 ETP
<b>2017 S1</b>	6,75 ETP	3,83 ETP
<b>De 2015 S1 à 2017 S1</b>	<b>7,02 ETP</b>	<b>4,85 ETP</b>

**1.5.3.** Des montants importants sont facturés à l'Assurance Soins de Santé Invalidité par le groupement de Mr A.

En 2015 : 1.056.690,06 €

En 2016 : 1.042.238,18 €

Au premier semestre de 2017 : 573.764,92 €

## **2. DISCUSSION**

### Position de M. A. et de B.

Le 18/06/2018, le Service d'évaluation et de contrôle médicaux a reçu des moyens de défense de la part du conseil de B. dans lesquels sont mis en avant les arguments suivants :

- La fiche « indices de fraude » serait trop brève et ne ferait ressortir ni des indices de fraude, ni la volonté malveillante intentionnelle avec la volonté de causer un dommage (cf directive du 19/04/2017 portant exécution de l'article 13bis, §2, 6°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 ») : les conditions d'application de l'art. 77sexies de la loi ASSI coordonnée le 14/07/1994 ne seraient dès lors pas réunies ;
- Les indices relatifs à des prestations non effectuées ne ressortiraient pas des déclarations des 4 assurés cités par le Service (M. C., M. D., Mme E. et Mme F.).
- Concernant les indices relatifs à des prestations effectuées par des tiers non habilités, les auditions utilisées par le Service n'attesteraient pas d'une fraude et ne constitueraient pas d'indices de fraude.
  - o Mme I. n'aurait parlé que de surscorage d'échelles de Katz et serait en conflit personnel avec B.
  - o La déclaration de Mme J. n'apporterait rien dans la mesure où elle affirme ne pas s'occuper de facturation et qu'elle ne peut donc pas attester d'un grand nombre de prestations effectuées par des aides-soignants facturés à l'INAMI.
  - o La déclaration de M. K. n'apporterait aucun indice puisqu'il déclare qu'il ne dépasse jamais ses compétences et qu'il n'indiquerait nullement facturer des soins infirmiers à l'INAMI.
  - o La déclaration de M. L. est contestée par B. qui considère que cela constituerait davantage une fraude à la réglementation portant sur l'exercice de l'art de guérir. Il ne serait pas fait état d'une quelconque facturation de soins infirmiers effectués par des aides-soignants.
- B. estime que le Service ne prouve aucune intention malveillante visant à nuire ou à s'octroyer un avantage au détriment des deniers de l'assurance soins de santé. Si M. A. travaille avec des aides-soignants ce qu'il a reconnu lors de son audition du 17/05/2018, il reste qu'il n'aurait jamais eu « l'intention de porter en compte de l'assurance soins de santé invalidité des actes ressortant de la compétence exclusive de la profession d'infirmier par des aides-soignants ».

- Enfin, concernant les données relatives aux profils de M. A. et B. évoqués par le SECM, ce dernier ne tiendrait pas compte du nombre de prestataires actifs pour que cela puisse constituer un quelconque indice de fraude.

Le 27/06/2018, le Service d'évaluation et de contrôle médicaux a reçu des moyens de défense complémentaires, suite à l'envoi par mail, par le Service le 18/06/2018, des informations complémentaires relativement au point 1.5 de la fiche indices de fraude. Il en ressort que :

- aucun indice de fraude ne ressortirait de l'audition de Mme F. ;
- les éléments évoqués par le Service dans le mail du 18/06/2018 ne laissent apparaître aucune malveillance, aucun dol et/ou malhonnêteté ;
- leur client conteste les suspicions émises relativement à des soins non effectués et confirme que les soins portés en compte de l'assurance soins de santé ont été effectivement prestés.
- les éléments évoqués par le Service relativement aux prestations effectuées par des tiers non habilités se résumeraient au fait que M. A. n'a pas accompli les démarches auprès du Service des soins de santé de l'INAMI pour pouvoir faire effectuer à des aides-soignants des soins infirmiers.

Le SECM ne peut accueillir les moyens de défense de M. A. et de B. pour les raisons qui suivent.

**2.1.** Le SECM considère que les éléments visés dans la fiche « indices de fraude » sont suffisants pour répondre aux exigences de l'art. 77sexies de la loi ASSI

En effet, les directives auxquelles M. A. et B. se réfèrent précise que :

*« La notion de grave*

*Il doit s'agir de faits graves, comme par exemple une série de prestations non effectuées. Il doit s'agir à chaque fois d'un élément crédible, concret et vérifiable.*

*Des données concrètes concernant une facturation indue importante renforcent la gravité ; cela peut également être le cas pour des séries d'infractions en matière de conformité.*

*Les indices ne doivent pas être des faits prouvés, mais ne peuvent pas non plus reposer sur de vagues suppositions. Ils doivent être suffisamment crédibles. **Il doit s'agir à chaque fois d'un élément crédible, concret et vérifiable, mais les éléments matériels et intentionnels de la fraude ne doivent pas être prouvés** »<sup>1</sup>.*

Le SECM ne doit dès lors pas prouver, à ce stade, ce qu'il entend démontrer dans le cadre d'une instruction ultérieure. Un indice de fraude sera établi dès lors qu'il existe des éléments matériels, concrets et vérifiables permettant au SECM de raisonnablement fonder un soupçon de fraude. L'article 77sexies n'impose pas au SECM d'apporter des éléments prouvant la faute.

M. A. et B. soutiennent qu'ils n'ont commis que de simples erreurs et que le SECM ne prouverait pas d'intention frauduleuse dans leur chef.

<sup>1</sup> Directives du 19 avril 2017 portant exécution de l'article 13bis, §2, 6° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnité, coordonnée le 14 juillet 1994 arrêtées par la Commission Anti-Fraude de l'INAMI définissent les notions d'indices de fraude graves, précis et concordants (M.B., 15 septembre 2017).

Les travaux préparatoires de la loi du 4 avril 2014 font référence, concernant la notion de fraude, aux articles 232 et suivants du Code pénal social<sup>2</sup>.

La Cour de cassation a pu ainsi considérer que :

« L'application du principe général du droit 'Fraus omnia corrumpit' suppose l'existence d'une fraude, laquelle implique la volonté malicieuse, la tromperie intentionnelle, la déloyauté dans le but de nuire ou de réaliser un gain. »<sup>3</sup>

La Cour du travail de Bruxelles a déjà jugé, concernant la notion de fraude que :

« En matière civile, le principe général de droit *fraus omnia corrumpit* suppose l'existence d'une fraude, laquelle implique la volonté malicieuse, la tromperie intentionnelle, la déloyauté dans le but de nuire ou de réaliser un gain. Il emporte que l'acte entaché de fraude ne saurait jamais être opposé aux tiers ni aux parties, c'est-à-dire produire aucun effet dont l'auteur pourrait se prévaloir à l'égard d'autrui ou invoquer contre autrui.

En l'espèce, il ressort des pièces que des prestations de travail étaient impossibles, la société n'ayant aucune existence de fait, et que le demandeur a transmis à l'O.N.Em. et à l'organisme assureur en A.M.I. des documents inexacts, dans le but d'obtenir des prestations auxquelles il n'avait pas droit. La fraude entendue au sens civil est suffisamment établie, sans qu'il soit nécessaire d'attendre les suites d'une éventuelle procédure pénale. »<sup>4</sup>

En outre, dans le cadre d'une fraude à l'assurance soins de santé et indemnité, la Cour du travail de Mons a jugé que :

« La fraude ou les manœuvres frauduleuses portant le délai de prescription à 5 ans n'ont pas été définies par le législateur dans le cadre de la réglementation en matière d'assurance maladie-invalidité.

Sont visées de manière générale les situations de dol et de fraude qui recourent :

- pour le dol, tous les cas de surprises, fraude, finesse, feintise, ainsi que toute autre mauvaise voie destinée à tromper quelqu'un

- pour la fraude, les agissements malhonnêtes aux yeux de la loi avec à chaque fois, comme trait commun, l'existence d'abstention(s), d'omission(s) ou d'agissement(s) volontaire(s) illicite(s) dont le bénéficiaire de prestations sociales use pour obtenir indûment l'octroi ou le maintien d'un revenu de remplacement; octroi ou maintien qui ne découlent pas d'une simple erreur administrative. Il en découle que l'assuré social doit avoir en conscience de ce que ses actes ou son abstention de déclaration avai(en)t pour conséquence la perception de prestations auxquelles il n'avait pas droit.

Quant à la preuve de l'intention frauduleuse, l'appelant ne pouvait évidemment ignorer l'inexactitude des déclarations de revenus. Par les 10 notifications d'autorisation d'activité, il était parfaitement informé de l'ensemble des obligations à sa charge.

La faute délibérée absorbe toute la causalité. »<sup>5</sup>

Par ailleurs, sur le moment où la fraude doit être caractérisée, la Cour d'appel de Bruxelles a jugé :

« 11. Comme le relèvent à juste titre les appelants, cette notion d'indices de fraude revient à la question de savoir si l'administration a correctement signalé des « signes apparents et probables » (se référant au Petit Larousse) d'une fraude fiscale. A ce stade, les éléments ainsi retenus n'impliquent pas pour l'administration une démonstration de la fraude qui pourrait être retenue à charge du contribuable.

**La démonstration de la fraude éventuelle est forcément postérieure à la découverte**

<sup>2</sup> <http://www.dekamer.be/FLWB/pdf/53/3349/53K3349001.pdf>, p. 65

<sup>3</sup> Cass., arrêt du 3 octobre 1997, R.G. C.96.0318.F, Pas., 1997, I, 962.

<sup>4</sup> C. trav. Bruxelles (8è ch.), arrêt du 20 novembre 2014, Chron. D. S., liv. 2, p. 83.

<sup>5</sup> C. trav. Mons, arrêt du 2 février 2012, B.I.-I.N.A.M.I, 2012, liv. 1, p. 67.

d'indices de fraude qui eux sont nécessaires pour autoriser légalement l'administration à procéder à des investigations auprès du contribuable »<sup>6</sup>.

Concernant la notion d'indice de fraude, la Cour de cassation, dans le cadre d'un litige en matière fiscale, a adopté le raisonnement suivant :

« L'application de l'article 333, alinéa 3, du Code des impôts sur les revenus 1992 requiert uniquement que les indices de fraude fiscale soient précisés dans la notification préalable sans qu'il soit requis que cette notification mentionne de manière précise quels projets ou intentions de nuire peuvent être mis à charge du contribuable. Il n'est pas davantage requis que l'administration fiscale dispose de faits connus ou de constatations qui peuvent donner lieu à la preuve de la fraude et qu'elle doive l'indiquer dans la notification préalable dès lors qu'il serait contraire à la volonté du législateur de contraindre au préalable l'administration à apporter une preuve de ce qu'elle veut précisément prouver sur la base d'une investigation complémentaire. La notification préalable des indices de fraude fiscale décrits avec précision suffit ainsi, sans que la preuve de la fraude fiscale doive déjà être apportée objectivement. Ce n'est que lorsque les indices sont imprécis ou sont fondés sur des suppositions vagues ou pas crédibles, qu'il ne peut être conclu à l'existence d'indices de fraude fiscale. »<sup>7</sup>

La procédure de l'art. 77sexies de la loi ASSI ne vise pas à prouver l'existence d'une fraude dans le chef de M. A. et de B.

La mesure vise, dans le cadre d'une procédure de contrôle et, au regard de l'existence d'indices de fraude et d'indices d'une intention frauduleuse, à prendre une mesure préventive qui consiste en une suspension temporaire des paiements par les organismes assureurs. Il ne s'agit donc pas d'une sanction au même titre que celles prévues par les articles 142 et suivant de la loi ASSI.

La fraude en tant que telle ne doit pas être prouvée, mais des indices concordants de fraude doivent être avancés. Ces indices ne peuvent pas reposer sur de vagues suppositions et doivent être suffisamment crédibles. Dès lors que plusieurs éléments crédibles, concrets et vérifiables sont démontrés, la mesure préventive suspension des paiements en tiers payants prévue à l'art. 77sexies de la loi ASSI peut être prononcée.

En l'espèce, les indices de fraudes relevés par le SECM reposent sur des données chiffrées (montants remboursés par les organismes assureurs, prestations facturées à l'assurance soins de santé par M. A. et B., etc.), ainsi que sur des auditions des assurés ou du personnel de B., etc.

Ils ne peuvent pas être lus séparément des informations figurant aux paragraphes 1 à 4 de la fiche indices de fraude, comme par exemple les antécédents de M. A.

Contrairement à ce qu'avancent M. A. et B., il n'est pas possible de conclure, en l'espèce à une accumulation d'erreurs dans leur chef (facturation de prestations non effectuées ; prestations de soins effectuées par des aides-soignants et pas des infirmiers, etc.), ce qui va être détaillé ci-après.

**2.2.** Les éléments figurant dans la « *fiche indices de fraude* » relativement à des prestations non effectuées facturées à l'assurance soins de santé et développés par le Service, à la demande du Conseil de B., dans le mail du 18/06/2018, constituent des éléments crédibles, concrets et vérifiables constitutifs d'indices de fraude.

<sup>6</sup> C.A. Bruxelles, 12.12.2007, Cause 2003/AR/2315

<sup>7</sup> Traduction libre – Cass. (1<sup>er</sup> ch.), arrêt du 7 avril 2016, RG. F14.0065.N, *Cour. Fisc.*, liv. 11, p. 666.



**Concernant l'audition de M. C.,** M. A. et B. n'apportent pas de réponses précises aux éléments concrets avancés par le Service dans le mail du 18/06/2018 :

*« Prestations portées en compte de l'assurance soins de santé : un forfait A a été attesté du 10/05/2016 au 09/08/2016 avec une prestation de base et une toilette.  
Mr. C. a indiqué qu'il a été opéré d'un kyste pilonidal le 30/04/2016 et que Mr. A. est venu soigner la plaie avec des mèches durant 30 à 40 jours, 1 fois par jour. Après un mois, Mr C. a repris le travail.  
Or, le forfait A a été attesté durant 3 mois.  
Il ressort de ces éléments que les soins ne semblent avoir été effectués que jusqu'à la reprise du travail de M. C. et que tous les soins attestés après le 10 juin 2016 ne paraissent pas avoir été effectués ».*

M. A. et B. se contentent de procéder par affirmation générale que les soins portés en compte ont été effectués, ce qui ne peut être retenu par le Service.

**Concernant l'audition de Mme E.,** M. A. et B. n'apportent pas de réponses précises aux éléments concrets avancés par le Service dans le mail du 18/06/2018 :

*« Les prestations portées en compte de l'Assurance soins de santé sont les suivantes :*

- du 01/01/2015 au 31/01/2015 attestation de 3 prestations de base, 3 injections et 5 toilettes par semaine ;*
- du 01/02/2015 attestations de 7 toilettes par semaine ;*
- du 01/03/2015 au 10/03/2015 attestation de 2 prestations de base, 2 injections et 1 toilette par jour ;*
- du 11/03/2015 au 13/03/2015 attestation de 3 prestations de base, 3 injections et 1 toilette par jour ;*
- du 03/06/2015 au 13/06/2015 attestation de 7 toilettes par semaine ;*
- du 14/06/2015 au 01/01/2016 attestation de 2 prestations de base, 2 injection et 1 toilette par jour en semaine et 3 prestations de base le weekend ;*
- du 02/01/2016 au 30/06/2017 attestation de 7 toilettes par semaine.*

*Mme E. a déclaré qu'elle a reçu des petits soins, comme une piqûre mais pas d'autres soins. Les injections ont été introduites au remboursement sur prescription d'un médecin traitant autre que le propre médecin traitant de Mme E.  
Il ressort de ces éléments que toutes les toilettes, toutes les deuxièmes et troisièmes prestations de base ne semblent pas avoir été effectuées ».*

M. A. et B. se contentent de procéder par affirmation générale que les soins portés en compte ont été effectués, ce qui ne peut être retenu par le Service.

**Concernant l'audition de M. D.,** M. A. et B. n'apportent pas de réponses précises aux éléments concrets avancés par le Service dans le mail du 18/06/2018 :

*« Prestations portées en compte de l'assurance soins de santé : un forfait A a été attesté du 02/01/2015 au 30/06/2015 (période investiguée).  
Monsieur D. a déclaré avoir été opéré pour une luxation acromia-claviculaire. Il indique avoir eu 2 semaines de soins de plaie.  
La facturation a débuté avant la date de l'investigation (soit avant janvier 2015). Pour la période contrôlée (à partir de janvier 2015), aucun soin ne paraît avoir été effectué ».*

M. A. et B. se contentent de procéder par affirmation générale que les soins portés en compte ont été effectués, ce qui ne peut être retenu par le Service.

Les éléments produits et cités par le Service constituent donc bien des éléments concrets et vérifiables que M. A. et B. se contentent de remettre en cause de manière générale sans apporter le moindre commencement de preuve (non respect par M. A. et B. de l'art. 1353 du code civil).

Par ailleurs, ces éléments ne peuvent être pris en considération qu'en lien avec les antécédents de M. A. évoqués au §4 de la fiche « indices de fraude » qui :

- d'une part, a fait l'objet d'une condamnation par la Chambre de première instance, juridiction administrative instituée auprès de l'INAMI le 17/09/2013 entre autre pour une infraction relative à des prestations non effectuées ;
- d'autre part, fait l'objet d'une procédure devant la Chambre de première instance pour un grief portant sur des prestations non effectuées pour un montant de 58.403,53 €, suivant les 4 procès verbaux de constat notifiés à M. A.

En outre, facturer des prestations non effectuées à l'assurance soins de santé est l'infraction la plus grave qui puisse être constatée par l'INAMI à l'égard 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.

Dans ces conditions, les éléments évoqués ci-dessus relatifs aux suspicions de facturation de prestations non effectuées facturées à l'assurance soins de santé par M. A. et B. constituent bien des indices graves, précis et concordants de fraude dans le chef de ces derniers.

**2.3.** Les éléments figurant dans la « fiche indices de fraude » relativement à des prestations effectuées par des tiers non habilités et facturées à l'assurance soins de santé constituent des éléments crédibles, concrets et vérifiables constitutifs d'indices de fraude.

Préalablement à l'examen des moyens de défense, le Service rappelle le cadre légal qui distingue clairement la profession d'infirmier et d'aide-soignant. Le chapitre 4 de la loi du 10 mai 2015 est consacré à l'exercice de l'art infirmier.

*« Art. 45*

*§ 1<sup>er</sup> Nul ne peut exercer l'art infirmier tel qu'il est défini à l'article 46 s'il n'est porteur d'un diplôme ou d'un titre d'infirmier ou d'infirmière obtenu suite à une formation d'au moins trois années d'études, qui peuvent être exprimées en crédits ECTS équivalents, et s'il ne réunit pas les conditions fixées par l'article 25*

*(...)*

*Art. 46.*

*§ 1<sup>er</sup> On entend par exercice de l'art infirmier, l'accomplissement des activités suivantes :*

- 1 ° a) observer, identifier et établir l'état de santé sur les plans psychique, physique et social;*
- b) définir les problèmes en matière de soins infirmiers;*
- c) collaborer à l'établissement du diagnostic médical par le médecin et à l'exécution du traitement prescrit;*
- d) informer et conseiller le patient et sa famille;*
- e) assurer une assistance continue, accomplir des actes ou aider à leur accomplissement en vue du maintien, de l'amélioration et du rétablissement de la santé de personnes et de groupes qu'ils soient sains ou malades;*
- f) assurer l'accompagnement des mourants et l'accompagnement lors du processus de deuil;*
- g) engager de façon indépendante des mesures immédiates destinées à préserver la vie et appliquer des mesures dans les situations de crise ou de catastrophe ;*
- h) analyser la qualité des soins afin d'améliorer sa propre pratique professionnelle en tant qu'infirmier/-ière.*

2° les prestations techniques de l'art infirmier qui ne requièrent pas de prescription médicale ainsi que celles pour lesquelles elle est nécessaire.

Ces prestations peuvent être liées à l'établissement du diagnostic par le médecin, ou par le dentiste à l'exécution d'un traitement prescrit par le médecin ou par le dentiste ou à des mesures relevant de la médecine préventive.

3° les actes pouvant être confiés par un médecin ou par un dentiste conformément à l'article 23, § 1<sup>er</sup>, alinéas 2 et 3.

§ 2. Les prestations de soins infirmiers, tel que visées au paragraphe 1<sup>er</sup>, 1°, 2° et 3°, sont consignées dans un dossier infirmier.

§ 3. Le Roi peut, conformément aux dispositions de l'article 141, fixer la liste des prestations visées au paragraphe 1<sup>er</sup>, ainsi que leurs modalités d'exécution et les conditions de qualification requises.

Art. 48

Nul ne peut porter un des titres professionnels visés à l'article 45, § 1<sup>er</sup>, s'il ne répond pas aux conditions fixées par l'article 45, § 1<sup>er</sup>.

Celui qui réunit les conditions de qualification requises par la législation d'un pays étranger ne peut porter qu'un des titres professionnels visés à l'article 45 et ce, moyennant l'autorisation donnée par le ministre qui a la Santé publique dans ses attributions et qui est chargé de l'exécution des arrêtés établissant les conditions de qualification requises, ou par un fonctionnaire délégué par lui.

Art. 49

Il est interdit à tout praticien de l'art infirmier de prêter d'une manière quelconque son concours ou son assistance à un tiers non qualifié à l'effet de permettre à ce dernier d'exercer l'art infirmier.

Art. 50

Nul ne peut attribuer à des personnes qu'il occupe, même bénévolement, un des titres professionnels visés à l'article 45, § 1<sup>er</sup>, si ces personnes ne répondent pas aux conditions fixées par l'article 45, § 1<sup>er</sup>.

(...)

Art. 56

Nul ne peut exercer la profession d'aide-soignant sans avoir été enregistré au sein des services du gouvernement, conformément aux modalités fixées par le Roi.

Art. 57

Il est interdit à tout aide-soignant de prêter d'une manière quelconque son concours ou son assistance à un tiers non qualifié à l'effet de permettre à ce dernier d'exercer une ou plusieurs activités infirmières autorisées aux aides-soignants. »

**Concernant l'audition de Mme I.** le 12/09/2017, M. A. prétend qu'elle ne parle que de surscristion d'échelles de Katz et qu'elle serait en conflit avec M. A., sans apporter la preuve de ce qui est affirmé.

Le Service relève qu'elle a déclaré :

« J'étais la secrétaire de B. de Mr A.. **Je m'occupais de la facturation** avec SOFT 33 et MyCareNet **sur les directives de Mr. A.** (...).

Mr A. travaille avec plus d'aides-soignantes que des infirmiers. **C'est lui qui disait sur quelle infirmière il fallait facturer les activités des aides-soignantes.** (...)

Le seul qui était au courant de qui soignait quel patient était Mr A. ».

Le Service ne peut que constater que M. A. et B. ne répondent pas à ce qui est dit par Mme I. relativement aux soins infirmiers effectués par des aides-soignants et facturés sous le nom d'infirmiers.

Les moyens de défense de M. A. et de B. sur ce point ne peuvent pas être retenus par le Service.

**Concernant l'audition de Mme J.** le 19/12/2017, M. A. et B. relèvent qu'elle ne s'occuperait pas de facturation et que, dès lors, elle ne peut pas attester qu'un grand nombre de soins accomplis par des aides-soignants seraient facturés à l'assurance soins de santé.

Le Service voit néanmoins que Mme J. déclare :

*« Je lave, j'habille et je change les pampers. Je refuse catégoriquement de faire des actes pour lesquels je n'ai pas les compétences. **Mr A. oblige les autres de faire quand même des actes non permis.***

(...)

*Depuis le 1 octobre nous sommes obligés de lire la carte d'identité. Quand je travaille avec l'infirmière ..., je reçois son boitier dont je connais le code (de ...). Pour les soins de M., il y a des tablettes. Je m'y enregistre avec le code de A. ».*

Si Mme J. laisse entendre qu'elle ne dépasserait pas ses compétences et donc n'accomplirait pas de soins infirmiers seule, cela ne correspond pas à ce que feraient ses autres collègues qui devraient obéir aux ordres de M. A.. Il reste que quand elle déclare se connecter avec le code de M. A. pour lire la carte d'identité des assurés dans le cadre des soins effectués pour M., elle semble bien être seule en présence des assurés et donc introduire les soins qu'elle accomplit seule dans le programme qui servira à la facturation. M. A. et B. n'apportent aucune réponse à ces éléments.

Il est difficile de penser que si Mme J. accomplit des soins, M. A. et B. ne les facturent pas à l'assurance soins de santé. En outre, lors de cette audition, Mme J. a indiqué les patients qu'elle avait soignés parmi ceux figurant sur la liste des assurés pour lesquels M. A. et B. ont introduit des remboursements auprès de l'assurance soins de santé.

Les moyens de défense de M. A. et de B. sur ce point ne peuvent pas être retenus par le Service.

**Concernant l'audition de M. K.** le 19/12/2017, M. A. et B. relèvent qu'il déclarerait ne jamais dépasser ses compétences et qu'il n'indiquerait pas facturer des soins infirmiers à l'INAMI.

*« Je travaille toujours avec un infirmier (correction plus loin).*

*Je suis là pour aider comme aide-soignant. Je ne donne jamais des soins tout seul (correction plus loin). J'aide surtout pour laver la personne et la mobiliser.*

(...)

**Quand je travaille seul, je ne dépasse jamais mes compétences.** *Je ne fais que les toilettes.*

(...)

*Je note tous les soins dans le carnet de chez le patient. **Je ne le signe pas** ».*

M. K. reconnaît travailler seul.

Il ressort de cette déclaration que M. K. reconnaît accomplir des soins seuls, alors qu'il est aide-soignant. Or M. A. et B. n'ont pas procédé à la déclaration sur l'honneur auprès du Service des soins de santé de l'INAMI afin que certains soins infirmiers effectués, au sein d'une équipe structurelle, par un aide-soignant puissent bénéficier de l'intervention de l'assurance soins de santé (art. 8, §12, 2° de la Nomenclature des prestations de santé).

Par ailleurs, lors de son audition, M. K. a indiqué les patients qu'il avait soignés parmi ceux figurant sur la liste des assurés pour lesquels M. A. et B. ont introduit des remboursements auprès de l'assurance soins de santé.

Enfin, il est permis de s'interroger sur la raison qui pousse M. K. à ne pas signer le carnet de soins qu'il remplit chez les patients.

Les moyens de défense de M. A. et de B. sur ce point ne peuvent pas être retenus par le Service.

**Concernant l'audition de M. L.,** M. A. et B. procèdent par affirmations générales pour rejeter ses déclarations et le fait que les tâches qu'il a pu accomplir constituent des soins effectués par un tiers non habilité facturé à l'assurance soins de santé.

M. L. déclare lors de son audition du 14/02/2018 :

*« **Je suis en formation d'aide soignant.** Je dois encore passé ma défense. Je suis allé travailler chez B. (SC+) de Mr. A. comme stagiaire en 2016. **Suite à cela il m'a proposé un contrat temporaire jusqu'au moment que j'obtiendrai mon diplôme et le numéro d'INAMI.***

*J'ai commencé avec un contrat mi-temps mais **je travaille plus qu'un temps plein.** Les actes que je fais c'est laver et habiller. **Mr. A. m'a pourtant demandé de préparer les médicaments** chez papa ... mais j'ai refusé. **Il m'a demandé aussi de faire les piqûres** chez Mr. ..., mais j'ai refusé aussi. Depuis lors j'ai des problèmes avec Mr. A.*

*Il m'a envoyé une lettre de menace comme quoi je dois quitter le travail parce qu'il a trouvé quelqu'un plus compétant. Finalement il m'a gardé.*

*Je recevais le liste de patients à voir chaque matin par SMS. **Suite aux menaces j'ai quand même donné des piqûres SC.** Mr. A. m'a appris à le faire ».*

Il ressort de la déclaration de M. L. qu'il a été engagé par M. A. et B. alors qu'il n'avait pas achevé sa formation d'aide-soignant, qu'il a fait des toilettes mais que M. A. lui a également demandé de faire des piqûres ou de préparer des médicaments.

Lors de son audition, M. L. a également indiqué les patients qu'il avait soignés parmi ceux figurant sur la liste des assurés pour lesquels M. A. et B. ont introduit des remboursements auprès de l'assurance soins de santé.

Dans ces conditions, les éléments évoqués ci-dessus relatifs aux suspicions de facturation de prestations effectuées par des tiers non habilités facturées à l'assurance soins de santé par M. A. et B. constituent bien des indices graves, précis et concordants de fraude dans le chef de ces derniers.

**2.4.** Par ailleurs, le Service remarque que M. A. et B. ne répondent pas aux éléments chiffrés indiqués au § 5.2 de la fiche « indices de fraude » qui constituent une synthèse du

nombre d'équivalents temps plein d'aides-soignants et de celui d'infirmiers engagés par M. A. et B.

Parmi les conditions pour qu'un aide-soignant puisse effectuer des activités infirmières confiées par un infirmier qui sont clairement énoncées à l'art. 8, §12 de la Nomenclature, figure notamment le fait que le travail entre l'aide soignant et les infirmiers doit se réaliser dans une **équipe structurée** utilisant le même numéro tiers payant de groupe et qu'il faut un aide-soignant pour au moins quatre infirmiers.

Au regard du nombre d'équivalents temps plein aides-soignants et infirmiers engagés par M. A. et B. (*cf pièce n°15 synthétisée au §5.2.2 de la fiche indices de fraude*), le Service remarque que les conditions exigées par la Nomenclature ne sont pas réunies par M. A. et B., puisqu'en moyenne entre le 1<sup>er</sup> semestre 2015 et le 1<sup>er</sup> semestre 2017, ils ont engagé **7,02 ETP aides-soignants** et **4,85 ETP infirmiers**.

Cet élément à lui seul ne permettrait pas à M. A. et B. de pouvoir se mettre en ordre sur cette question au regard de l'absence d'équipe structurelle conforme aux exigences de la Nomenclature.

En outre, sur cette crainte exprimée par M. A. et B. dans leurs moyens de défense, le Service tient à rappeler l'esprit de l'art. 77sexies à savoir qu'il s'agit d'une mesure provisoire qui implique que, comme l'indiquent les travaux préparatoires de la loi :

**« le processus de tarification lui-même ne doit pas être arrêté, seuls les paiements sont suspendus.**

*Cette suspension temporaire totale ou partielle des paiements permet de vérifier très soigneusement si oui ou non les prestations ont été facturées à bon droit »<sup>8</sup>.*

De cette forte proportion d'aides-soignants engagés par rapport au nombre d'infirmiers, il paraît possible pour le Service d'en conclure que M. A. et B. ne peuvent pas arguer d'une simple négligence à avoir omis de faire la déclaration sur l'honneur pour recourir aux services d'aides-soignants accomplissant des soins infirmiers, mais paraissent avoir mis en place une organisation leur permettant d'obtenir des remboursements de l'assurance soins de santé à moindre coût de personnel et en dehors des conditions réglementaires prévues.

Dans ces conditions, les éléments évoqués ci-dessus relatifs aux suspicions de facturation de prestations effectuées par des tiers non habilités et facturées à l'assurance soins de santé par M. A. et B., au regard des données relatives au personnel engagé (données tirées des données DIMONA), constituent bien des indices graves, précis et concordants de fraude dans le chef de ces derniers.

**2.5.** Concernant les éléments chiffrés figurant dans la « fiche indices de fraude », si le Service les vise comme indices de fraude, c'est en faisant implicitement mais nécessairement le lien avec le nombre de personnes employées par M. A. et B. et notamment au regard du faible nombre d'infirmiers engagés.

En conclusion, M. A. et B. procèdent beaucoup par affirmation sans produire aucun élément complémentaire. Leurs moyens de défense ne permettent pas d'écarter les indices de fraude relevés par le Service dévaluation et de contrôle médicaux et énoncés ci-dessus qui reposent bien sur des éléments crédibles, concrets et vérifiables qui constituent des indices graves, précis et concordants de fraude :

<sup>8</sup> <http://www.dekamer.be/FLWB/pdf/53/3349/53K3349001.pdf>, p. 65

- graves (notamment ceux portant sur des prestations non effectuées, prestations effectuées par un tiers non habilité... ) ;
- précis (ces indices sont appuyés sur des faits précis, notamment les auditions des assurés et/ou des personnes travaillant pour M. A. et B.);
- et concordants (ces indices tendent tous à montrer que M. A. et B. paraissent avoir mis en place plusieurs types de manœuvres pour percevoir des sommes indues de l'assurance soins de santé).

Vu la gravité des faits et les antécédents de M. A., le Fonctionnaire dirigeant du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI estime que, sur base de l'art. 77sexies de la loi ASSI, coordonnée le 14/07/1994, une suspension totale des remboursements en tiers payant à M. A. (N° INAMI : ...) et B. (N° INAMI: ...) pour une période maximale de 12 mois est justifiée.

**PAR CES MOTIFS,**

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

- Déclare qu'il existe des indices graves, précis et concordants de fraude relatifs à la facturation à l'assurance soins de santé en tiers payant de M. A. (N° INAMI : ...), et de B. (N° INAMI: ...);
- Ordonne, conformément à l'art. 77sexies de la loi ASSI coordonnée le 14/07/1994, la suspension totale des paiements par les organismes assureurs dans le cadre du régime du tiers payant à M. A. (N° INAMI : ...) et au groupement B. (N° INAMI: ... pour une période de 12 mois.

Ainsi décidé à Bruxelles, le 29/06/2018

Le Fonctionnaire – dirigeant f.f.,

Dr Jo Maebe  
Médecin-directeur général f.f.