

DECISION DE LA CHAMBRE DE PREMIERE INSTANCE DU 30 AOUT 2021

Numéro de rôle FA-011-20

EN CAUSE DE : **Madame A.**
Infirmiers brevetés + Infirmiers relais en matière de soins de plaie(s)

Madame B.
Infirmière

La SRL C.

Comparaissant en personne, et assistées de Me D. loco Me E.

CONTRE : **SERVICE D'ÉVALUATION ET DE CONTRÔLE MÉDICAUX**,
institué au sein de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité,
établi à 1150 Bruxelles, Avenue de Tervuren 211,

N° BCE : 0206.653.946 ;

Représenté par le Docteur F., médecin-inspecteur et par Madame G., juriste.

I. **PROCEDURE**

La Chambre de première instance a pris en considération dans son délibéré les pièces inventoriées du dossier de la procédure, et notamment :

- La requête du 27 août 2020, entrée au greffe le même jour, par laquelle Madame A., Madame B. et la SRL C., saisissent la Chambre de première instance d'une contestation de la **décision du 29 juillet 2020 du Fonctionnaire-dirigeant** prise en application de l'article 77sexies de la loi ASSI et notifiée le 30 juillet 2020;
- Les conclusions en réponse de l'INAMI déposées le 4 décembre 2020 ;
- Les conclusions en réplique de Madame A., Madame B. et la SRL C. reçues au greffe le 1^{er} mars 2020;
- Les conclusions additionnelles et de synthèse déposées par l'INAMI le 31 mars 2021.

Les parties ont été entendues à l'audience du 17 juin 2021, à la suite de quoi la cause a été prise en délibéré.

La loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 (ci-après dénommée « loi ASSI ») et l'arrêté royal du 9 mai 2008 fixant les règles de fonctionnement et le Règlement de procédure des Chambres de première instance et des Chambres de recours ont été respectés dans le cadre de la procédure.

II. OBJET DE LA DEMANDE

Par requête du 27 août 2020, Madame A., Madame B. et la SRL C. demandent l'annulation de la décision du **Fonctionnaire-Dirigeant du SECM du 29 juillet 2020** par laquelle il :

- 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 Madame A. (N° INAMI : ...), Madame B. (N° INAMI : ...) et du groupement C. (N° INAMI : ...) ;
- Ordonne conformément à l'art. 77sexies de la loi ASSI coordonnée le 14 juillet 1994, la suspension totale des paiements par les organismes assureurs dans le cadre du régime du tiers payant pour une période de 12 mois pour les prestations introduites au remboursement par Madame A. (N° INAMI : ...), Madame B. (N° INAMI : ... le groupement C. (N° INAMI :)

Avant dire droit, elles demandent à la Chambre de première instance d'ordonner au SECM de produire les 14 témoignages recueillis auprès des patients de la SPRL C. pendant l'enquête.

III. LES FAITS

La SRL C. a été créée le ... par Madame A. Son activité porte principalement sur les soins infirmiers effectués à domicile.

Depuis 2008, elle travaille uniquement avec des infirmières indépendantes. Madame H. y a notamment travaillé de 2008 à 2018 en qualité d'infirmière indépendante.

Madame A. est responsable du groupement infirmier C.

Madame B., sa mère, en est membre en qualité d'infirmière. Elle est toutefois pensionnée, et n'est ni reprise en DIMONA, en qualité de travailleuse salariée, ni en qualité de travailleuse indépendante.

Le groupement C. ne possède pas d'accord d'équipe structurelle. Madame A. ne peut donc pas engager des aides-soignantes salariées, ni indépendantes.

Tous les soins sont introduits à la facturation sous le n° de tiers payant du groupement SRL C.

Le 4 juillet 2014, la Chambre de recours a rendu une décision condamnant Mme A. et sa société, ayant perçu les remboursements de l'assurance soins de santé, au remboursement de l'indu (soit 64.135,61 €), et au paiement d'une amende administrative de 100 euros pour le grief de prestations non effectuées et d'une amende de 150 euros pour le grief de prestations non conformes (tiers non habilité). Ces deux amendes sont assorties d'un sursis de trois ans à hauteur de la moitié.

Suite à la requête en rectification d'erreur matérielle déposée par le Service le 10 octobre 2014, la chambre de recours a rendu une décision du 28 janvier 2016 rectifiant le montant de l'indu, le portant de 64.135,61 € à 69.135,61 €.

L'indu a été remboursé intégralement (les 69.135,61 € étaient remboursés le 18/02/2016).

En 2019, le SECM a constaté que Madame A. avait un profil d'activités important, à savoir que le volume des remboursements des mutuelles est au-delà des 200.000 €, en constante augmentation depuis 2017: 206.909,54 € pour 2017, 288.480,63 € pour 2018 et 157.081,91 € pour le 1^{er} semestre 2019.

Par ailleurs, le SECM a constaté, dans le profil de Madame A., une augmentation importante des honoraires forfaitaires A, B, C en 2018 par rapport à 2017. En 2018, Mme A. dépasse le percentile 99 pour les forfaits B et C.

Quant à Madame B., le SECM a également constaté qu'elle avait un profil en augmentation : 80.603,17 € pour l'année 2017, 43.643,93 € pour l'année 2018 et 84.864,65 € au 1^{er} semestre 2018.

Vu l'augmentation significative de ces profils, le SECM a ouvert une nouvelle enquête en 2019.

Dans le cadre de cette enquête, le SECM a auditionné 2 aides-soignantes, 14 assurés et a constaté un taux de lecture suspecte des cartes d'identité important.

« De l'analyse des données de facturation récentes (flux e-id), il ressort que pour les prestations de 2018, Mme A. a procédé à 15,90 % de lecture suspecte (type read 2 – lecture codes barres + type read 4 – lecture manuelle) et 84,10 % de type read 1 (lecture de la puce de la carte d'identité du patient).

Pour les 2 premiers trimestres 2019, Mme A. a procédé à 20,75 % lecture suspecte (type read 2 – lecture codes barres + type read 4 – lecture manuelle) et 79,25 % de type read 1 (lecture de la puce de la carte d'identité du patient).

De l'analyse des données de facturation récentes (flux e-id), il ressort que pour les prestations de 2018, Mme B. a procédé à 69,94 % de lecture suspecte (type read 2 – lecture codes barres + type read 4 – lecture manuelle) et 30,06 % de type read 1 (lecture de la puce de la carte d'identité du patient).

Pour les 2 premiers trimestres 2019, Mme B. a procédé à 45,88 % de lecture suspecte (type read 2 – lecture codes barres + type read 4 – lecture manuelle) et 54,12 % de type read 1 (lecture de la puce de la carte d'identité du patient).

Le taux de lecture suspecte que ce soit des prestations attribuées à Mme A. comme celles attribuées à Mme B., est donc supérieur à 10%, contrairement au prescrit de la réglementation (Règlement des soins de santé du 28/07/2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14/07/1994).

Après avoir pris connaissance des moyens de défense de Madame A., Madame B. et C., et examiné ceux-ci, le SECM a considéré qu'il existait des indices de fraude reposant bien sur des éléments crédibles, concrets et vérifiables qui constituent des indices graves, précis et concordants de fraude :

- graves (semblent être facturées à l'assurance soins de santé des prestations non effectuées, ce qui est l'infraction la plus grave pouvant être constatée par le service d'inspection du SECM ; recours à des aides-soignantes en dehors du cadre réglementaire prévu);
- précis (ces indices sont fondés notamment sur les données de facturation introduites par le groupement C. auprès des organismes assureurs, des déclarations des assurés, des déclarations des aides-soignantes);

- et concordants (ces indices tendent tous à montrer que Madame A., Madame B. et C. paraissent avoir mis en place une ou plusieurs manoeuvre(s) pour percevoir des sommes indues de l'assurance soins de santé).

Au regard de tous ces éléments et des indices de fraude relevés dans le chef de Madame A., Madame B. et C., le Fonctionnaire-dirigeant du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI a estimé que, sur base de l'art. 77sexies de la loi ASSI, une suspension totale des remboursements en tiers payant à Madame A., Madame B. et le groupement C. pour une période maximale de 12 mois était justifiée et a donc pris la décision contestée du 29 juillet 2020.

IV. DISCUSSION

1. Principes - Article 77sexies de la loi ASSI

L'article 77sexies de la loi ASSI dispose que :

*« **S'il existe des indices graves, précis et concordants de fraude** dans le chef d'un dispensateur de soins au sens de l'article 2, n, les paiements par les organismes assureurs à ce dispensateur de soins et/ou à l'entité qui organise la perception des sommes dues par l'assurance obligatoire soins de santé, dans le cadre du régime du tiers payant peuvent être suspendus, totalement ou partiellement, pour une période maximale de 12 mois.*

Chaque organisme assureur ou assuré social peut communiquer ces indices au Service d'évaluation et de contrôle médicaux, qui peut également agir de sa propre initiative. Si un organisme assureur communique des indices au Service d'évaluation et de contrôle médicaux, il les communique simultanément aux autres organismes assureurs.

Le Fonctionnaire-dirigeant du Service d'évaluation et de contrôle médicaux, ou le fonctionnaire désigné par lui, notifie les faits sur lesquels se basent les indices au dispensateur de soins par lettre recommandée, qui est censée être reçue le troisième jour ouvrable après remise aux services de la Poste. Il invite le dispensateur de soins à lui transmettre par lettre recommandée ses moyens de défense dans un délai de quinze jours.

Après l'examen des moyens de défense, ou en l'absence de moyens de défense reçus dans le délai imparti, le Fonctionnaire-dirigeant ou le fonctionnaire désigné par lui, prend sa décision. S'il décide de suspendre les paiements, il détermine la durée de la période de suspension. Il détermine également si la suspension est totale ou partielle.

La décision exécutoire du Fonctionnaire-dirigeant ou du fonctionnaire désigné par lui, est motivée. Elle est notifiée par lettre recommandée au dispensateur de soins et prend effet, nonobstant appel, le troisième jour ouvrable qui suit celui où le pli a été remis aux services de la Poste. Copie de la décision est simultanément notifiée aux organismes assureurs.

Un appel non suspensif peut être formé devant la Chambre de première instance instituée auprès du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'Institut conformément à l'article 144.

La suspension prend fin de plein droit si, dans un délai de 12 mois à compter de la décision, aucun procès-verbal de constat n'est établi.

Si un procès-verbal de constat est établi, les prestations dont la date se situe durant la période de suspension, ne peuvent être payées par les organismes assureurs dans le régime du tiers payant, jusqu'à la décision définitive sur le fond du dossier. »

Selon l'article 143§ 5, le Fonctionnaire-dirigeant du Service d'évaluation et de contrôle médicaux, ou le fonctionnaire désigné par lui, prend les décisions dans le cadre de la procédure de suspension des paiements par les organismes assureurs dans le cadre du régime du tiers payant, lorsqu'il existe des indices graves, précis et concordants de fraude, conformément aux dispositions de l'article 77sexies.

Les 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 indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (M.B. 15 septembre 2017) définissent les contours de la notion d' « indices graves, précis et concordants de fraude » au sens de l'article 77sexies, alinéa premier de la loi ASSI, tenant compte de l'objectif du législateur d'instaurer une mesure provisoire permettant d'éviter d'éventuels futurs montants indus :

« 2.1 La notion d'"indice" »

Un indice de fraude est un élément matériel, concret et vérifiable qui permet au Service d'évaluation et de contrôle médicaux (ci-après : "SECM") de raisonnablement fonder un soupçon de fraude, ce qui est différent d'une preuve. En effet, il serait contraire à la volonté du législateur d'imposer au SECM de prouver au préalable ce qu'il entend précisément établir sur la base d'une instruction complémentaire. Il ne ressort pas du texte de l'article 77sexies de la loi ASSI que le SECM devrait disposer de faits connus ou de constatations qui prouvent la fraude.

Les indices ne doivent pas nécessairement apparaître au cours de l'instruction menée par le SECM chez le dispensateur de soins : ils peuvent aussi résulter d'une autre investigation menée par le SECM ou de renseignements reçus par le SECM d'autres services de l'INAMI ou de tiers (un organisme assureur, tout assuré social, les Offices de tarification, tous les services de l'Etat, y compris les parquets et les greffes des cours et de toutes les juridictions, des provinces, des communes, des associations dont elles font partie, des institutions publiques qui en dépendent, ainsi que toutes les institutions publiques et les institutions coopérantes de sécurité sociale, autres personnes privées que celles mentionnées ci-avant...).

Les indices dans le chef des dispensateurs de soins peuvent porter sur les attestations de soins donnés et factures introduites qui font l'objet de la procédure de suspension.

2.2. 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.

2.3. La notion de "fraude"

Les travaux parlementaires font référence, concernant la notion de "fraude", aux articles 232 et suivants du Code Pénal Social (Chambre, sess. 2013-2014, doc. 53, 3349/001, p. 65, www.lachambre.be). La "fraude" implique la malveillance, le dol et la malhonnêteté, avec la volonté de causer un dommage ou de se procurer un avantage financier ou d'en procurer un à un tiers et cela au détriment de l'assurance obligatoire de soins de santé (Cass. 3 octobre 1997, Arr. Cass. 1997, 918, Pas. 1997, I, 962. Voir : J. VELU, conclusion pour Cass. 13 juin 1985, Pas. 1985, I, 1300 ; H. DE PAGE, Traité élémentaire de droit

civil belge, I, p. 72, n° 55.). Il s'agit d'une question de faits. De simples négligences, des erreurs matérielles, des irrégularités commises de bonne foi, etc. ne relèvent pas de cette notion.

Les indices de fraude ne doivent pas spécifiquement avoir un lien avec le régime du tiers payant pour que la mesure puisse être appliquée.

2.4. La notion de "précis"

Les indices doivent être précis. Le SECM doit par conséquent être en état d'indiquer d'une façon motivée et précise pourquoi il estime disposer d'indices de fraude dans un dossier concret. Il n'est pas nécessaire que la notification mentionne d'une façon précise de quelles intentions de nuire il s'agit. Il suffit que les indices de fraude soient mentionnés avec précision.

2.5. La notion de "concordant"

Il ne suffit pas que le SECM dispose d'un seul indice grave et précis de fraude pour pouvoir appliquer le mécanisme de l'article 77sexies de la loi AMI. Plusieurs indices non contradictoires doivent être trouvés.

(...)

Liste d'exemples :

Les exemples suivants peuvent être repris sous la notion d'"indices graves et précis de fraude" :

- *La présentation de documents ou d'écrits comportant une omission, une altération ou des inscriptions fictives en vue d'obtenir un remboursement indu de l'assurance soins de santé;*
- *La présentation de documents ou d'écrits rédigés à l'insu de la personne mentionnée dans le document;*
- *Des infractions identiques ou comparables commises à plusieurs reprises, comme par exemple la facturation des prestations non effectuées, a fortiori lorsqu'un dispensateur de soins a déjà été condamné définitivement par le Fonctionnaire-dirigeant du SECM, la Chambre de première instance, la Chambre de recours, par un organe disciplinaire ou par toute autre juridiction;*
- *Le dispensateur de soins n'a pas adapté sa pratique malgré des constatations antérieures faites concernant le même type de prestations;*
- *Le dispensateur de soins organise son insolvabilité dans le but de se soustraire à ses obligations à l'égard de l'assurance soins de santé;*
- *Le dispensateur de soins utilise tout moyen pour contourner une mesure d'interdiction d'application du régime du tiers payant ou une mesure de suspension des paiements dans le cadre du régime du tiers payant;*
- *Les prestations facturées à l'assurance soins de santé paraissent invraisemblables au regard, par exemple, du temps nécessaire pour pouvoir effectuer ces prestations;*
- *Les données de facturation indiquent des cumuls interdits pour un montant important;*
- *Les données concernant une pharmacie dont le SECM dispose font apparaître que, pour un montant important, les mêmes codes-barres uniques ont été lus plusieurs fois;*
- *Des éléments qui portent à croire qu'il existe un accord secret entre dispensateurs de soins ou entre un dispensateur de soins et l'assuré, au détriment de l'assurance soins de santé;*
- *Facturation des mêmes prestations en paiement direct et en tiers payant pour un montant important;*
- *L'entrave au contrôle des documents dont la tenue et la conservation sont prévues par la réglementation"*

2. Application en l'espèce – Examen des indices relevés par le SECM

2.1. *Préalablement : objectif de la disposition en cause*

Il importe de préciser que la mesure mise en place à l'article 77*sexies* de la loi ASSI a un **caractère préventif**.

Il s'agit d'une mesure provisoire permettant au SECM de mener des recherches plus approfondies concernant les indices de fraude relevés et éviter ainsi de créer un éventuel indu. Pendant la suspension temporaire, le SECM a la possibilité de vérifier soigneusement si oui ou non les prestations ont été facturées à bon droit.¹

Si l'enquête aboutit à l'absence de constat d'une infraction, le dispensateur de soins pourra récupérer l'entièreté des prestations attestées en tiers payant, dont le paiement a été « bloqué » jusqu'à l'issue de la période de suspension. Cela découle de l'article 77*sexies*, dernier alinéa de la loi ASSI qui précise :

« Si un procès-verbal de constat est établi, les prestations dont la date se situe durant la période de suspension, ne peuvent être payées par les organismes assureurs dans le régime du tiers payant, jusqu'à la décision définitive sur le fond du dossier ».

Il ne s'agit donc pas d'une sanction.

La mesure prévue à l'article 77*sexies* est fondée sur un soupçon de fraude, non sur la preuve de celle-ci.

Par conséquent, la Chambre de première instance doit limiter son examen à la question de savoir s'il existait des indices graves, précis et concordants de fraude en rapport avec les prestations tarifées par Madame A., Madame B. et la SRL C. au moment où la décision a été prise par le Fonctionnaire-dirigeant sur la base de l'article 77*sexies* de la loi ASSI, soit le 29 juillet 2020.

Il ne s'agit pas de vérifier l'existence d'infractions.

2.2. *En ce qui concerne le respect des principes de bonne administration par le SECM*

2.2.1.

Madame A., Madame B. et la SRL C. demandent l'annulation de la décision du Fonctionnaire-dirigeant qui leur a été notifiée le 30 juillet 2020 en raison du non-respect par le SECM des principes généraux de droit administratif (audition préalable, droits de la défense, délai raisonnable).

Le non-respect des principes généraux de droit administratif dont font état Madame A., Madame B. et la SRL C. doit être examiné à la lumière de l'objectif de l'article 77*sexies* rappelé ci-avant.

2.2.2.

Elles reprochent notamment au SECM de ne pas avoir respecté leur droit d'être entendues dans le cadre de l'enquête ayant mené à la décision contestée, qui leur aurait permis de nuancer le témoignage de Madame I.

¹ Doc. Parl. Ch, Projet de loi du 10 février 2014 portant des dispositions diverses en matière de santé, 2013-2014, Doc. 53-3349/001.

Il résulte effectivement des éléments du dossier que Madame A. et Madame B. n'ont pu être entendues avant la prise de décision de suspension du tiers payant en raison de la crise du COVID.

Toutefois, elles ont eu largement la possibilité de faire valoir leurs moyens de défense avant la prise de décision, la décision répondant d'ailleurs à chacun de leurs arguments.

Par ailleurs, elles ont pu être auditionnées dans le cadre de l'enquête qui est toujours en cours. Madame A. a été auditionnée le 2 février 2021 et le 10 mars 2021. Madame B. a été auditionnée le 17 mars 2021.

A la date du 17 juin 2021, aucun PVC n'avait encore été rédigé à leur charge, ce qui signifie que l'enquête n'était pas terminée.

Il n'y a donc pas d'atteinte aux droits de la défense.

2.2.3.

Elles font également valoir qu'elles n'ont eu accès qu'à 3 auditions sur les 14 dont il est fait état dans la décision, ce qui constitue la violation des droits de la défense, et demandent donc, avant dire droit la production de ceux-ci.

Compte tenu du secret de l'enquête (Loi ASSI, art. 141, §1, 3°), le SECM ne peut pas, à l'heure actuelle, communiquer l'ensemble des éléments du dossier d'enquête aux requérantes (C.P.S., art. 77-79).

Cela ne sera possible, que dans le cadre de la procédure qui sera engagée, le cas échéant, après la notification d'un procès-verbal de constat, dès lors que la Chambre de première instance sera saisie d'une demande au titre de l'article 142, §1er de la loi SSI.

Il ne peut donc être fait droit à la demande avant dire droit d'ordonner la production des auditions en cause.

En outre, la Chambre de première instance constate que ces auditions ne sont pas des éléments qui ont servi de base à la prise de décision basée sur l'article 77sexies, puisque le SECM a pris en considération les indices relatifs :

- aux profils (c'est-à-dire aux remboursements de l'assurance soins de santé versés pour des soins attribués à Mmes A. et B.) (§1.6.1. à 1.6.3. de la décision du Fonctionnaire-dirigeant),
- à la proportion de lecture suspecte (c'est-à-dire à la proportion de cas où le code-barre de la carte d'identité n'a pas été lu) (§1.6.5),
- à des prestations non effectuées qui auraient été facturées par C. à l'assurance soins de santé (§1.6.6),
- au statut de Mme B. au sein d'C. et à son rôle (§1.6.7).

2.2.4.

Madame A., Madame B. et la SRL C. reprochent encore au SECM le non-respect du principe du délai raisonnable.

La Cour européenne des droits de l'homme considère que le délai raisonnable commence à courir dès lors qu'une personne se trouve accusée d'avoir commis une infraction.

En l'espèce, Madame A., Madame B. et la société C. n'ont pas été accusées, au stade actuel, d'avoir commis une infraction, mais leur ont été soumis des indices de fraude devant conduire à une enquête au terme de laquelle un procès-verbal de constat d'infractions pourrait, le cas échéant, leur être notifié.

Relever l'existence d'indices à l'encontre d'un dispensateur de soins ne constitue pas un acte d'accusation en ce sens qu'il ne s'agit pas d'un acte de poursuite du dispensateur de soins pour recevoir une sanction.

Surabondamment, il convient de relever que, selon la jurisprudence de la Cour de cassation, aucune disposition n'impose à une juridiction qui constate l'expiration d'un délai raisonnable de renoncer au prononcé d'une sanction de quelque nature que ce soit. Il appartient à la juridiction en question de tirer les conséquences qu'elle estime opportune de cette expiration².

2.2.5.

En outre, comme déjà indiqué l'application de la suspension du tiers payant prévue à l'article 77sexies n'est qu'une mesure provisoire. Cette mesure provisoire ne constitue pas une sanction, ni une interdiction de travailler.

Madame A. a d'ailleurs continué à travailler depuis la notification de la décision puisqu'elle a créé, dès le 1^{er} août 2020, un nouveau groupement infirmier, J., dont elle est responsable et membre, au travers duquel elle facture les prestations effectuées auprès de ses patients en tiers-payant.

Cette façon de procéder revient en quelque sorte à contourner la suspension des tiers payant décidée en application de l'article 77sexies.

Elle peut donc difficilement soutenir avoir subi un préjudice.

2.2. En ce qui concerne l'existence d'indices graves, précis et concordants de fraude

Sur l'existence d'indices graves, précis et concordants de fraude, la Chambre de première instance ne peut que constater que le Fonctionnaire-dirigeant a correctement motivé sa décision après avoir pris connaissance des moyens de défense de Madame A., Madame B. et la SRL C.

Les éléments invoqués par le Fonctionnaire-dirigeant dans sa décision du 29 juillet 2020 constituent bien des éléments matériels, concrets et vérifiables qui permettent au SECM de raisonnablement fonder un soupçon de fraude.

Il s'agit effectivement de faits graves puisqu'on parle potentiellement de prestations non effectuées ou effectuées par un tiers non habilité, et chaque élément relevé par le SECM est crédible, concret et vérifiable.

La Chambre de première instance relève les éléments suivants:

1° L'augmentation des profils est un élément crédible, concret et vérifiable puisque ces données correspondent aux remboursements de l'assurance soins de santé des prestations introduites en facturation par Madame A., Madame B. et la SRL C.

² Cass., 25 janvier 2000, *J.T.*, 2001, p.47 ; Cass., 2 novembre 2005, *J.T.*, 2006, p.76

Il s'agit d'un indice important au regard des profils particulièrement élevés de Madame A. et Madame B.

Pour 2018, Madame A. a perçu un remboursement de 283.816,33 € pour ses seules prestations et pour 2019, le montant du remboursement a atteint **289.115 €³**.

Pour Madame B., on est passé d'un montant de remboursement de 103.454,51 € en 2017, à 31.473,41 € en 2018, à un montant considérable de **226.558 €** en 2019, alors qu'elle soutient être bénévole !

Pour 2019, cela représente donc un total de sommes remboursées par l'assurance soins de santé à Madame A. et sa mère, de plus de 500.000 €.

Aucune explication crédible n'a pu être fournie par Madame A. et Madame B. quant au montant astronomique des remboursements que la SRL C. a perçu en raison des prestations facturées à leurs noms.

Soutenir que l'on a beaucoup travaillé n'est pas suffisant. Il faut également fournir des justifications précises et cohérentes, notamment à l'aide d'un relevé de prestations et un timing des prestations effectuées pour chaque patient, tenant compte également du temps de déplacement entre chaque patient.

Une journée n'étant composée que de 24 heures, Madame A. et Madame B. ne peuvent raisonnablement soutenir avoir accompli ces prestations seules.

La réglementation a d'ailleurs été récemment adaptée pour tenir compte d'un nombre de prestations raisonnable qui peut être effectué sur une année.

Il s'agit de l'arrêté royal du 29 septembre 2019, modifiant l'article 8 de l'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (M.b. 11/10/2019) insérant, sur proposition de la Commission de conventions praticiens de l'art infirmier-organismes assureurs, un §3bis rédigé comme suit :

« L'intervention de l'assurance est subordonnée aux conditions suivantes :

- Au nom d'un dispensateur de soins, infirmier ou aide-soignant, sous statut salarié, un maximum de 22.000 valeurs W peut être attesté par année civile pour des prestations ;*
- Au nom d'un dispensateur de soins, infirmier ou aide-soignant, sous statut indépendant, un maximum de 40.000 valeurs W peut être attesté par année civile pour des prestations;*
- Au nom d'un dispensateur de soins, infirmier ou aide-soignant, sous statut salarié et sous statut indépendant pendant une même année civile, un maximum de 40.000 valeurs W peut être attesté par année civile pour des prestations. »*

La hauteur du montant astronomique de remboursement mentionné ci-avant constitue un indice grave de fraude puisqu'il ne peut avoir été obtenu que par 2 moyens :

- soit parce que des prestations ont été effectuées par des aides-soignantes et facturées en leur nom ;
- soit parce que des prestations facturées n'ont pas été effectuées.

³ Donnée fournie par le SECM à l'audience du 17 juin 2021.

2° Le statut social extrêmement nébuleux de Madame B. au sein du groupement infirmier

Il résulte de l'enquête que Madame B. n'est ni déclarée à la sécurité sociale pour travailleurs salariés, ni en tant que travailleuse indépendante.

Or, il n'est pas contestable qu'elle effectue des prestations de soins, puisque celles-ci sont facturées à l'assurance soins de santé.

Elle soutient que ses prestations sont effectuées en qualité de bénévole au profit de sa fille, pour l'aider étant donné que celle-ci a connu des problèmes de santé.

La Chambre de première instance ne peut s'empêcher de s'interroger sur la hauteur du remboursement concernant les prestations accomplies par Madame A. si elle a effectivement connu des problèmes de santé en 2018 et 2019 (ce qui semble avéré). Cela ne peut que renforcer l'indice de fraude relevé ci-avant.

Par ailleurs, il ressort clairement des éléments de fait que Madame B. ne peut être considérée comme une « volontaire » au sens de la loi du 3 juillet 2005 sur les droits de volontaires.

L'article 3, 1° de cette loi définit le « volontariat » comme toute activité :

- a) qui est exercée sans rétribution ni obligation;
- b) qui est exercée au profit d'une ou de plusieurs personnes autres que celle qui exerce l'activité, d'un groupe ou d'une organisation ou encore de la collectivité dans son ensemble;
- c) qui est organisée par une organisation autre que le cadre familial ou privé de celui qui exerce l'activité;
- d) et qui n'est pas exercée par la même personne et pour la même organisation dans le cadre d'un contrat de travail, d'un contrat de services ou d'une désignation en tant qu'agent statutaire;

Par « organisation », l'article 3, 3° de la loi vise toute association de fait ou personne morale de droit public ou privé, sans but lucratif, qui fait appel à des volontaires, étant entendu que, par association de fait, il y a lieu d'entendre toute association dépourvue de la personnalité juridique et composée de deux ou plusieurs personnes qui organisent, de commun accord, une activité en vue de réaliser un objectif désintéressé, excluant toute répartition de bénéfices entre ses membres et administrateurs, et qui exercent un contrôle direct sur le fonctionnement de l'association.

En l'espèce, force est de constater que l'activité exercée par Madame B. ne répond pas à diverses conditions de la loi du 3 juillet 2005 :

- ses prestations sont manifestement rétribuées puisque facturées à l'assurance soins de santé ;
- les prestations sont accomplies pour le compte de la SRL C. qui n'est pas une association sans but lucratif et qui n'a pas pour objet la poursuite d'un objectif désintéressé ;

- quand bien même il s'agirait de rendre service à sa fille, quod non, le cadre familial ne peut donner lieu à du volontariat.

Vu que Madame B. accomplit « officiellement » des prestations pour le compte de la SRL C., on n'aperçoit pas pour quel motif elle pourrait échapper à une déclaration auprès des institutions de sécurité sociale, que ce soit en qualité de salariée ou de travailleuse indépendante.

Le fait qu'elle soit pensionnée ne justifie pas cette absence de déclaration.

Il s'agit donc :

- soit d'une fraude sociale, destinée à éluder les cotisations de sécurité sociale dans le secteur salarié ou en qualité de travailleur indépendant, doublée d'une fraude fiscale, les revenus de Madame B. consécutifs aux prestations accomplies n'étant probablement pas déclaré en tant que tels ;
- soit d'une fraude à la loi ASSI, consistant en quelque sorte à « prêter » sa qualité d'infirmière pour permettre la facturation de prestations accomplies par d'autres personnes qui ne sont pas habilitées à les fournir, hypothèse qui pourrait être privilégiée dans la mesure où les patients interrogés ne semblaient pas connaître Madame B..

3° L'audition de deux aides-soignantes

Deux aides-soignantes ont été auditionnées : Madame K. auditionnée en date du 19 novembre 2019 et de Madame L. auditionnée en date du 28 novembre 2019.

Selon leurs déclarations, 90% des prestations facturées à l'assurance soins de santé par le groupement infirmier « C. » entre janvier 2018 et mai 2019 ont été effectuées par des aides-soignants.

Madame L. a notamment déclaré que :

« ... Je tiens à rajouter que j'ai prévenu madame A. que j'avais un rendez-vous avec vous. En sachant cela, madame A. m'a conseillé de dire que je travaillais toujours avec elle et que je ne travaillais jamais seule. Madame A. a été en incapacité de novembre 2016 à avril 2017 et donc n'a rien tarifé à son nom à cette période-là. Elle a fait tarifier tous les soins de novembre 2016 à avril 2017 par H. selon les dires de madame A. Elle m'a dit que je devais dire que je n'ai pas travaillé durant cette période. Hors, j'ai bien travaillé durant cette période... »

Ces déclarations ont été communiquées à Madame A., Madame B. et la SRL C.. Il s'agit donc d'un indice concret et vérifiable.

Les justifications avancées par Madame A. concernant la présence de ces deux aides-soignantes au sein du groupement C. ne sont nullement crédibles :

- Madame I. aurait fait croire à Madame A. qu'elle disposait d'un diplôme d'infirmière alors qu'il n'en était rien.

Madame A. déclare avoir déposé plainte à la police contre elle après avoir reçu des menaces de sa part.

Si ces menaces semblent avérées, il n'en reste pas moins que Madame A. ne peut raisonnablement soutenir ne pas avoir eu connaissance de l'absence de diplôme infirmier dans le chef de Madame I. dès lors qu'elle n'a jamais demandé si elle disposait d'un numéro INAMI pour établir la facturation, comme elle l'a fait pour les autres membres de son groupement, ni fait signer de mandat pour facturer les soins en son nom.

Tout indique que Madame A. savait très bien que Madame I. ne disposait pas des qualifications pour exercer la profession d'infirmière, et si elle ne le savait pas, elle a fait preuve d'une négligence grave en ne lui demandant pas les éléments requis avant de l'envoyer chez les patients.

- Madame L. n'aurait jamais prodigué des soins pour les patients de C., Madame A. ou Madame B. mais aurait été la confidente de Madame A. et occasionnellement, son chauffeur. Vu la situation financière difficile de Madame L., Madame A. (ou plutôt la SRL C.) aurait mis à sa disposition une AUDI Q7....

Cette explication est totalement farfelue et n'est étayée par aucun document ou témoignage.

Par ailleurs, Madame L. a produit des extraits de compte de versements de la société C. sur son compte pour des montants compris entre 2000 € et 3400 €. On peut dès lors s'interroger sur la justification de cette rémunération.

Il y a donc une forte présomption que des soins aient été effectués par des tiers non habilités.

En l'absence d'élément crédible permettant de remettre en cause les témoignages des deux aides-soignantes, cet indice doit être maintenu.

4° Le taux de lecture suspecte de Madame A. et Madame B.

Il ressort du rapport du Fonctionnaire-dirigeant que le taux de lecture suspecte que ce soit des prestations attribuées à Madame A. comme celles attribuées à Madame B., est supérieur à 10%, contrairement au prescrit de la réglementation (Règlement des soins de santé du 28/07/2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14/07/1994).

Cette donnée est concrète et parfaitement vérifiable. Elle n'est d'ailleurs pas contestée par Madame A. et Madame B.

Madame A. et Madame B. justifient ce taux par la nécessité d'avoir une bonne connexion au réseau internet, ce qui ne serait pas possible dans le village de Wasmes en raison d'une mauvaise connexion au réseau,

Cette justification ne peut être retenue dans la mesure où la lecture de la carte e-id ne nécessite pas de connexion Bluetooth ou 4G ou wifi pour pouvoir valider les soins : il suffit de valider les soins avec la carte d'identité sur le programme et dès qu'il y a du réseau, cela se met en vert. Le passage de la carte d'identité est tout à fait possible même sans réseau...

L'indice relatif à la lecture de carte e-id doit dès lors être confirmé.

5° Les antécédents de Madame A.

Madame A. a été condamnée par une décision du 4 juillet 2014 de la Chambre de recours la condamnant, solidairement avec sa société, au remboursement de l'indu (soit 64.135,61 €), et au paiement d'une amende administrative, avec sursis partiel, pour un grief de prestations non effectuées et un grief de prestations non conformes (**tiers non habilité**).

EN CONCLUSION :

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 doit être confirmée.

En l'espèce, les indices de fraude relevés par le SECM reposent sur de multiples éléments chiffrés issus des données introduites en facturation de l'assurance soins de santé par le groupement C. mais aussi sur les attestations d'assurés et d'aides-soignantes, des données enregistrées au Service des soins de santé de l'INAMI relativement au groupement C., des données Dabrali (notamment relativement au profil de Mme B. qui a considérablement augmenté en 2019 et alors même qu'elle dit être bénévole).

Compte tenu de la complexité et de la gravité des infractions suspectées et compte tenu de la complexité situationnelle qui est illustrée par la discussion des moyens de défense, la durée de la suspension de 12 mois est justifiée.

PAR CES MOTIFS; LA CHAMBRE DE PREMIERE INSTANCE,

Statuant contradictoirement,

Déclare la demande en annulation de la décision du Fonctionnaire-dirigeant du 29 juillet 2020 recevable mais non fondée ;

Confirme la décision Fonctionnaire-dirigeant du 29 juillet 2020, notifiée à Madame A., Madame B. et la SPRL C. dans son intégralité.

La présente décision est prise par la Chambre de première instance, composée de Madame Pascale BERNARD, Présidente, Docteurs Xavier GILLIS, Thibaut DUJARDIN, Madame Mylène DAUNNO, Monsieur Johan CORIJN, membres.

Et prononcée en audience publique du 30/08/2021, par Madame Pascale BERNARD, Présidente, assistée de Madame Anne-Marie SOMERS, greffière.

Anne-Marie SOMERS
Greffière

Pascale BERNARD
Présidente