

DECISION DE LA CHAMBRE DE PREMIERE INSTANCE DU 21 JANVIER 2022
Numéro de rôle FA-002-21

EN CAUSE DE : **MADAME A.**
Infirmière

ET **B. SPRL**
Groupement avec un n° INAMI tiers payant (infirmiers, sages-
femmes e.)

Ne comparaisant pas, représentées par Me C., avocat.

Parties demandereses,

CONTRE : **SERVICE D’EVALUATION ET DE CONTRÔLE MEDICAUX**,
institué au sein de l’Institut national d’assurance maladie-invalidité,
établi à 1210 Bruxelles, avenue Galilée 5/01,
N° BCE : 0206.653.946 ;

Représenté par le Docteur D., médecin-inspecteur et Madame E.,
juriste,

Partie défenderesse.

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 20 janvier 2021 par laquelle les parties demandereses saisissent la Chambre de première instance d’une contestation de la décision du 23 décembre 2020 du Fonctionnaire-dirigeant, prise en application de l’article 77sexies de la loi ASSI ;
- les conclusions en réponse du SECM ;
- les pièces déposées par les parties.

Les parties ont été entendues à l’audience du 18 novembre 2021. Les débats ont été clos et 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.

I. OBJET DE LA DEMANDE

Les parties demanderesses sollicitent de la Chambre de première instance qu'elle déclare leur recours recevable et fondé, qu'elle rétracte la décision attaquée du Fonctionnaire-dirigeant du 23 décembre 2020 ou à tout le moins qu'elle restreigne en équité la durée de la suspension totale des paiements, la durée d'un an étant disproportionnée.

Par la décision critiquée, le Fonctionnaire-dirigeant :

- 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 Mme et du groupement B. ;
- ordonne, conformément à l'article 77*sexies* de la loi ASSI, 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 Mme A. et la SPRL B. qui utilise pour le moment le numéro de groupement ...

II. LES FAITS

Le 20 octobre 2020, le SECM a établi une fiche de données justifiant une mesure de suspension des paiements du numéro de tiers payant concernant Mme A, infirmière, et le groupement B., et ce, conformément à l'article 77*sexies* de la loi ASSI.

Les 21 et 22 octobre 2020, le SECM a invité la société B. ainsi que Mme A à communiquer leurs moyens de défense.

Le 4 novembre 2020, Mme A et la société ont communiqué leurs moyens de défense.

Le 23 décembre 2020, le Fonctionnaire-dirigeant a adopté la décision litigieuse. Il estime qu'il existe actuellement des indices graves, précis et concordants de fraude, qui justifient la suspension des paiements en tiers payant (article 77*sexies* de la loi ASSI).

Le recours a été introduit auprès de la Chambre de première instance le 20 janvier 2021.

Les demanderesses avaient également saisi le président du tribunal de première instance de Bruxelles, en référé, par citation du 8 janvier 2021. Par ordonnance du 8 février 2021, le président du tribunal a débouté les parties demanderesses, considérant, sur le fond, l'absence d'urgence, outre l'absence d'une apparence suffisante de droits.

III. DISCUSSION

1. Principes - Article 77sexies 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 de la loi ASSI, 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 » dans le 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".

La mesure mise en place à l'article 77sexies 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

2. Application en l'espèce

1.-

Il n'est pas contesté que le recours est recevable, car introduit dans le délai d'un mois prévu à l'article 156, § 3 de la loi ASSI et auprès de la Chambre de première instance (art. 77sexies alinéa 6, de la loi ASSI).

2.-

Sur le fond, il n'y a pas lieu de remettre en cause la décision du Fonctionnaire-dirigeant de suspendre temporairement et pour 12 mois les paiements en tiers payant à l'égard de Mme A. et du groupement B.

En effet, il existe des indices graves, précis et concordants de fraude.

Pour rappel, le SECM ne doit pas, à ce stade, apporter la preuve de la commission d'infractions mais bien celle d'indices de fraude.

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.

Ainsi, rien que le nombre des prestations attestées au nom de Mme A. durant les années 2016 à 2020 est totalement invraisemblable et ne peut correspondre à des prestations de soins réellement dispensées par celle-ci (ce qu'elle ne conteste pas sérieusement²).

Il y a donc une irrégularité majeure puisque lorsqu'on porte en compte des prestations de soins, il faut indiquer le dispensateur de soins qui a réalisé les soins (peu importe qu'il soit ou non salarié)³.

Cette obligation, essentielle à la traçabilité des soins, a été manifestement et gravement méconnue en l'espèce.

Cette irrégularité permet à l'évidence de craindre, d'une part, des prestations non effectuées et, d'autre part, des prestations faites par des tiers non-habilités, d'autant que :

- des organismes assureurs ont alerté le SECM sur le fait que des prestations non effectuées ont été portées en compte à l'assurance et ce concernant plusieurs patients (p.ex. facturation de toilettes quotidiennes alors que les assurés n'étaient plus lavés ou n'étaient lavés que quelques jours par semaine) ;
- le service Soins de santé a indiqué au SECM qu'une personne se présentant comme travaillant pour le groupement B. a renseigné lors d'un entretien téléphonique une occupation d'aides-soignants (qui gonflaient le nombre des prestations facturées au nom des infirmiers), alors pourtant que les conditions réglementaires n'étaient pas remplies pour faire prester des aides-soignants.

Aux indices liés au « profil » de Mme A. , s'ajoute le très faible taux de lecture de la puce de la carte d'identité (près de 100% d'encodage manuel alors que le SECM indique, sans être contredit, qu'au-delà de 10% d'encodage manuel le cas est suspect), malgré l'obligation existant sur la période examinée.

En outre, quelques jours après la mesure de suspension, une nouvelle société a été constituée (le 13 janvier 2021), portant le nom de « ... » (initiales de B.), dont le siège social se situe à l'adresse de Mme A. et dont le gérant est le conjoint de cette dernière... ce qui constitue un indice de recours à un moyen de contourner une mesure de suspension des paiements dans le cadre du régime du tiers payant.

A cela s'ajoute encore qu'en 2018, des prestations ont été facturées (pour environ 8.000 euros) au nom d'une infirmière ayant pourtant quitté le groupement en novembre 2017...

² V. page 22 de la décision du Fonctionnaire-dirigeant, sous le point 2.2.2.

³ Cf. article 6, § 10 et § 14 du règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi ASSI.

Pour le reste, la Chambre constate que le Fonctionnaire-dirigeant a adéquatement motivé sa décision, tant en droit qu'en fait, conformément aux exigences de la loi du 29 juillet 1991.

La procédure a été respectée, de manière impartiale, de même que les droits de la défense des parties demanderesse, lesquelles ont pu faire valoir leurs moyens de défense, tant avant la décision du Fonctionnaire-dirigeant que dans le cadre du présent recours.

La comparaison avec les règles du Code judiciaire relatives à la saisie-arrêt conservatoire (et les conditions pour la pratiquer) est sans pertinence, l'article 77*sexies* prévoyant un mécanisme propre à la législation relative aux soins de santé consistant en une suspension temporaire du tiers payant.

Il existait donc bien des indices graves, précis et concordants de fraude, justifiant la décision du Fonctionnaire-dirigeant. La durée maximale de la suspension de 12 mois est amplement justifiée par les indices de fraude révélés par l'enquête.

Le recours est non fondé.

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DE PREMIERE INSTANCE,**

Statuant après un débat contradictoire,

Déclare le recours recevable mais non fondé et en déboute les parties demanderesses ;

Confirme intégralement la décision litigieuse.

La présente décision est prise par la Chambre de première instance, composée de Monsieur François-Xavier HORION, Président, des Docteurs Sophie CARLIER et Olivia GEMBALA, Messieurs Johan CORIJN et Gaëtan MESTAG, membres, assistés de Madame Dominique HONVAULT, greffière.

Et prononcée en audience publique du 21 janvier 2022 par Monsieur François-Xavier HORION, Président, assisté de Madame Dominique HONVAULT, Greffière.

Dominique HONVAULT
Greffière

François-Xavier HORION
Président