

CHAMBRE DE RECOURS
DECISION PRONONCEE LE 10/06/2021
Numéro de rôle FB-003-20

EN CAUSE DE : Madame **A.**
Infirmière brevetée
ET la SPRL B.
Représentées par Maître C.

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 par Madame E., juriste.

Exposé des faits – Antécédents :

Mme A. est infirmière, elle travaille dans une maison de repos à temps plein tout en étant indépendante à titre complémentaire.

Elle travaille en collaboration avec Mme F. qui est également infirmière.

Par acte du 22 février 2007 reçu par le notaire G. de résidence à ..., Madame A. constituait la SPRL B.

A partir du 1er octobre 2017 et avec l’arrivée de l’obligation d’identification du patient, l’équipe crée un Groupement aux soins de santé sous la dénomination H., numéro de tiers payant Madame A. en est responsable et membre.

Le groupement compte 3 autres membres, Mme F., Mme I. et Mme J. Depuis sa création, chacune pointe ses soins avec sa tablette et son lecteur de carte d’identité. La facturation est ensuite effectuée grâce à la synchronisation des différentes tablettes.

Mme A. a fait l’objet d’une enquête du SECM, pour des prestations non effectuées ou non conformes, introduites au remboursement entre le 31 octobre 2009 et le 30 novembre 2010.

Dans ce cadre, le SECM a notamment retenu un grief pour des prestations non effectuées (indu de 17.571,91 euros) relatives aux codes de la nomenclature 425375 et 425773, qui concernent des prestations techniques spécifiques de soins infirmiers, à savoir (i) mise en place et/ou surveillance des perfusions (intraveineuses ou sous-

cutanées) et (ii) administration et/ou surveillance de l'alimentation parentérale (art, 8, § 1^{er} 1^o, III de la nomenclature).

A la suite de cette enquête, Mme A. a été condamnée par une décision du 21 mars 2014 de la Chambre de première instance à rembourser un indu de 41.520,10 euros et à payer 1.500 euros d'amende administrative avec sursis. La Chambre de recours a confirmé cette décision par décision du 28 janvier 2016.

Le 17 décembre 2018, 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 la SPRL B. et ce, conformément à l'article 77sexies de la loi ASSI.

Selon le SECM, Il existe actuellement des indices graves, précis et concordants de fraude, qui justifient la suspension des paiements du numéro de tiers payant (article 77 sexies de la loi ASSI).

Le SECM expose que Mme A. travaille dans une maison de repos à temps plein (35h/sem.), elle présente un profil d'activité très élevé, en particulier concernant les prestations techniques spécifiques précitées, reprises sous les codes 425375 et 425773. Pour ces deux codes, Mme A. se trouve au percentile 100, tant en 2016 qu'en 2017, avec une augmentation d'environ 60% de 2016 à 2017.

Le SECM relève qu'eu égard notamment à son activité en maison de repos, le volume de prestations facturées apparaît peu crédible, ne fût-ce qu'au regard du temps nécessaire pour effectuer ces prestations.

Le SECM souligne encore une forte discordance entre le nombre des prestations litigieuses facturées et le nombre de perfusions délivrées pour les assurés. Par exemple, dans le cas d'une assurée, 591 prestations ont été facturées alors que les données pharmaceutiques renseignent 162 perfusions de NaCl 500 ml disponibles pour cette patiente, sur une période donnée, soit 429 prestations suspectes.

Ces éléments permettent, selon le SECM, de penser que Mme A. n'a pas adapté sa pratique malgré ses antécédents, de sorte qu'il s'impose de suspendre totalement les paiements par les organismes assureurs dans le cadre du régime du tiers payant pour 12 mois.

Par courrier recommandé du 17 décembre 2018, Mme A. a été invitée à communiquer ses moyens de défense, ce qu'elle fit, par courrier recommandé de son conseil du 31 décembre 2018, en contestant tant l'existence d'une fraude que l'intention de l'INAMI d'appliquer la mesure de suspension du tiers payant.

Mme A. fait valoir qu'elle collabore avec une autre infirmière et que leur facturation se fait sous un numéro de groupe, ce qui expliquerait la hauteur du profil d'activité.

Mme A. explique consacrer ses matinées à son activité d'indépendante complémentaire.

Elle conteste ne pas avoir réalisé les perfusions prescrites par les médecins, expliquant récupérer de nombreuses caisses de perfusions auprès de familles de patients décédés.

Mme A. soutient que toutes les prestations facturées ont été réalisées.

Par décision du 27 février 2019, le Fonctionnaire-dirigeant :

- Considérait que le volume de prestations effectuées par Mme A. comme salariée n'apparaît pas dans les données de facturation des organismes assureurs servant à identifier le profil d'activités ;
- Estimait que Mme A. devait se voir imputer les prestations qui ont été attestées comme ayant été effectuées par elle (les prestations effectuées par les membres du groupe ne lui sont pas imputées) ;
- Relevait que son profil était d'autant plus élevé qu'il se rapportait à une activité comme indépendante à titre complémentaire, en plus de l'activité salariée à temps plein ;
- Relevait que le fait de relever un élément chiffré ne traduit pas un manque d'impartialité ;
- Rappelait, en se référant aux directives du 19/04/2017 de la commission anti-fraude de l'INAMI, aux travaux préparatoires et à la jurisprudence, que l'article 77sexies prévoit une mesure de suspension temporaire des paiements par les organismes assureurs, qui ne constitue pas une sanction au même titre que celles prévues par les articles 142 de la loi ASSI ;
- Relevait que le SECM relève des indices de fraude reposant sur des données chiffrées, précises et vérifiables (données des organismes assureurs, données Pharmanet relatives aux perfusions), non contestées par Mme A. ;
- Soulignait que le SECM ne doit pas avoir diligenté tous les devoirs d'enquête, tels que l'audition de témoins ;
- Estimait que l'explication relative à la récupération des caisses de perfusion chez des patients décédés n'est pas étayée et est improbable au vu du nombre de prestations suspectes et que de plus lors d'une audition du 27 novembre 2018, Mme A. déclarait récupérer gratuitement des caisses chez un ami français et non pas auprès de familles de patients décédés ;
- Relevait que Mme A. ne prouve pas que toutes les prestations techniques spécifiques étaient prescrites par un médecin, outre que la prescription d'un soin ne prouve pas qu'il soit nécessairement réalisé par la suite par l'infirmier ;
- Estimait que les moyens de défense de Mme A. ne permettent dès lors pas d'écarter les indices de fraude ;

- Déclarait 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 A ;
- Ordonnait, 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 à Mme A. et aux groupements dont elle est responsable, à savoir H. (deux numéros de tiers payant) et K.

Par requête du 28 mars 2019, Mme A. et SPRL H. (en réalité la SPRL B., le numéro de BCE et le siège social indiqué étant ceux de cette dernière) saisissaient la Chambre de première instance d'un recours contre la décision du 27 février 2019 du Fonctionnaire-dirigeant.

Par décision du 18 mai 2020, la Chambre de première instance :

- Déclarait la demande en annulation de la décision du Fonctionnaire-dirigeant du 27 février 2019 recevable mais non fondée ;
- Confirmait intégralement la décision litigieuse.

Mme A. et la SPRL H. (en réalité la SPRL B., le numéro de BCE et le siège social indiqué étant ceux de cette dernière) firent appel de cette dernière décision par requête du 25 juin 2020 devant la Chambre de recours.

L'appel, régulier dans la forme et dans le temps est recevable, sa recevabilité n'étant d'ailleurs pas contestée.

Discussion :

1) Article 77 sexies loi ASSI – Principes :

L'article 77 sexies de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et Indemnités coordonnées le 14 juillet 1994 (en abrégé loi ASSI) est rédigé comme suit :

« 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* » au sens de l'article 77 sexies, 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 :

« 1. Généralités :

L'article 77sexies de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (ci-après : « loi ASSI ») prévoit la suspension temporaire des paiements par les organismes assureurs dans le cadre du régime du tiers payant s'il existe des "indices graves, précis et concordants de fraude" dans le chef d'un dispensateur de soins. En vertu de l'article 13bis, § 2, 6°, de la loi ASSI, la Commission Anti-Fraude élabore des directives afin de tracer les contours de la notion d'"indices graves, précis et concordants".

Cette directive vise à définir 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. Il ne faut en l'occurrence pas perdre de vue que l'objectif du législateur est d'instaurer une mesure provisoire permettant d'éviter d'éventuels futurs montants indus (Exposé des motifs, Ch. repr., sess. 2013-2014, Doc 53 3349/001, p. 65).

2. Définition des notions :

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.

2.6. La notion "dans le chef d'un dispensateur de soins" :

Selon la loi, les indices de fraude doivent exister dans le chef d'un dispensateur de soins au sens de l'article 2, n), de la loi ASSI. L'article 2, n), de la loi ASSI définit la notion "dispensateur de soins" comme suit : "les praticiens de l'art de guérir, les kinésithérapeutes, les praticiens de l'art infirmier, les auxiliaires paramédicaux, les établissements hospitaliers, les établissements de rééducation fonctionnelle et de réadaptation professionnelle et les autres services et institutions. Sont assimilées aux dispensateurs de soins pour l'application des articles 73bis et 142, les personnes physiques ou morales qui les emploient, qui organisent la dispensation des soins ou la perception des sommes dues par l'assurance obligatoire soins de santé".

3. 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 au cas d'espèce :

2.1) Droits de la défense – Principe d'impartialité et apparence d'impartialité - Motivation :

2.1.1) Principes :

En application de l'article 6.1 de la Convention de sauvegarde des Droits de l'homme et des libertés fondamentales, toute personne a droit à ce que sa cause soit entendue équitablement, publiquement et dans un délai raisonnable par un tribunal indépendant et impartial établi par la loi qui décidera, soit des contestations sur ses droits et obligations de caractère civil soit du bien fondé de toute accusation en matière pénale dirigée contre elle.

En vertu de l'article 14.1 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques, toute personne a droit à ce que sa cause soit entendue équitablement et publiquement par un tribunal compétent, indépendant et impartial établi par la loi qui décidera, soit du bien fondé de toute accusation en matière pénale dirigée contre elle soit des contestations sur ses droits et obligations de caractère civil.

Il appartient au juge administratif de faire preuve de la plus grande impartialité, celle-ci devant s'apprécier tant sur le plan subjectif (personnel) qu'objectif (fonctionnel) en ce sens que rien ne doit venir troubler l'apparence même d'impartialité dudit juge.

L'exigence de l'apparence d'impartialité est plus spécialement la transposition de l'adage anglais « *Justice must not only be done, it must also be seen to be done* » et s'applique tant en matière pénale que civile (v. not. CEDH, affaire X... c/ Belgique du 01.10.1982, req. n°8692/79, série A53, spéc. paragraphe n°30 ; CEDH, affaire X... c/ France du 6 juin 2000, req. n° 34130/96, spéc. paragraphes n° 40, 42 à 45 et 50).

Par ailleurs il incombe tant au SECM qu'au Fonctionnaire-dirigeant, en sa qualité d'organe d'administration actif, de respecter les principes de bonne administration qui imposent à l'administration d'agir de manière diligente et raisonnable, en veillant au respect de l'intérêt général et de la légalité, parmi lesquels :

- Le principe d'impartialité, lequel interdit à l'administration de faire preuve d'un quelconque préjugé ou parti pris. L'impartialité elle-même ne suffit pas, il faut encore une apparence d'impartialité ;
- L'obligation de motivation. Tout acte administratif doit être fondé sur des motifs qui doivent être acceptables et raisonnables, en droit comme en fait. Les administrés doivent en effet comprendre les raisons pour lesquelles ils reçoivent une décision déterminée, ce qui implique que la motivation doit être reprise dans la décision qui leur est notifiée. Cette exigence va au-delà de la seule motivation formelle et s'attache à la qualité de la motivation. Le recours à des formulations standards ou trop générales est par conséquent inadéquat. Une motivation concise peut suffire pourvu qu'elle soit adéquate (article 3 de la loi du 29.07.1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs).

2.1.2) Application au cas d'espèce :

En l'espèce la Chambre de recours constate que tant sur le plan subjectif qu'objectif il n'existe aucun élément de nature à remettre en cause l'impartialité du premier juge.

La procédure s'est pour le surplus poursuivie normalement tant devant la Chambre de première instance que devant la Chambre de céans, chacune des parties ayant eu le loisir de répondre aux arguments de son adversaire et de les critiquer.

Madame A. reproche plus spécifiquement un manquement aux devoirs d'impartialité et de motivation du Fonctionnaire-dirigeant.

En l'espèce cependant celui-ci a fait part à Madame A. des reproches qui lui étaient faits par lettre recommandée du 17/12/2018, remise aux services de la Poste le 17/12/2018 en lui demandant de faire parvenir ses moyens de défense, ce qu'elle fit par courrier du 03/01/2019.

La décision prise par le Fonctionnaire-dirigeant apparaît objectivement motivée, se base sur des données précises et chiffrées et apparaît dépourvue de parti-pris.

Celui-ci répond de manière idoine aux objections de Madame A. et passe en revue de manière détaillée plusieurs cas de prestations suspectes (points 2 et suivants de la décision).

Contrairement à ce que prétend Mme A. la motivation du Fonctionnaire-dirigeant n'est pas purement tautologique, celui-ci démontrant de manière précise et détaillée pourquoi les explications données par Mme A. ne sont pas crédibles (points 1.4 et suivants de la décision).

Il ne peut par ailleurs être reproché au Fonctionnaire-dirigeant d'avoir notamment tenu compte, à titre d'indices :

- Des antécédents spécifiques de Mme A. en la matière ;
- Des données des organismes assureurs, à savoir les profils de Mme A., son classement parmi les dispensateurs de soins attestant les codes de prestations techniques spécifiques de soins infirmiers ou encore données relatives aux prestations portées en compte de l'assurance soins de santé à son nom ;
- Des données Pharmanet relatives aux perfusions délivrées pour les assurés qui sont concernés par les prestations techniques spécifiques portées en compte de l'assurance soins de santé au nom de Mme A. ;
- Du chiffre d'affaire particulièrement élevé de Mme A. et ce compte tenu du fait qu'elle travaille comme salariée une partie du temps (35 heures/semaine), ce qui rend son profil encore plus remarquable, puisque les prestations attestées le sont au titre de son activité d'indépendant complémentaire.

Contrairement à ce qu'affirme Mme A., il ne ressort pas de la décision du Fonctionnaire-dirigeant que celui-ci aurait fait usage à son égard de termes discourtois ou irrespectueux, le mot « fantaisiste » n'étant notamment pas employé par ce dernier.

Si le terme « invraisemblable » a bien été utilisé à deux reprises, celui-ci n'était pas dirigé contre la personne de Mme A. mais uniquement en vue de mettre en évidence le caractère peu crédible des explications de Mme A.

Il convient par ailleurs de relever que devant le Fonctionnaire-dirigeant, Madame A. invoquait non pas le manque d'impartialité de ce dernier mais celui du Service en ce que celui-ci avait décidé d'initier la procédure de l'article 77 sexies de la loi AMI en se référant à l'augmentation du profil de Madame A. entre 2016 et 2017, alors qu'elle travaillait 35h/semaine dans une maison de repos, ce qui limite nécessairement sa capacité de travail en qualité d'indépendant.

Dans sa décision, le Fonctionnaire-dirigeant a pu relever à juste titre que le Service n'avait pas manqué d'impartialité à l'égard de Mme A. en relevant un élément chiffré objectif relatif au montant des soins attestés au nom de Mme A, ce dernier ressortant d'autant plus au regard de son contrat de travail au sein d'une maison de repos.

Il s'ensuit que la procédure fut diligentée de manière impartiale et que les droits de la défense de Mme A. furent respectés tant pendant la procédure administrative proprement dite que devant les juridictions administratives.

Le moyen tiré de la violation des droits de la défense, de l'obligation de motivation et du principe d'impartialité est donc non fondé.

2.2) Existence d'indices graves, précis et concordants :

C'est à bon droit que le premier juge a pu considérer que les éléments invoqués par le Fonctionnaire-dirigeant dans sa décision du 27 février 2019 constituent bien des éléments matériels, concrets et vérifiables permettant au SECM de raisonnablement fonder un soupçon de fraude.

En tenant compte du fait que Madame A. travaille l'après-midi comme salariée dans une maison de repos (soit 35H/semaine), son profil d'activité en tant qu'indépendant complémentaire apparaît totalement exagéré et de nature à justifier un soupçon de fraude.

Contrairement à ce qui a pu être invoqué par Madame A. :

- Les prestations qu'elle effectue comme salariée n'apparaissent pas dans les données de facturation des organismes assureurs ;
- Le fait d'attester les prestations sous un numéro de groupe dont Mme A. est la responsable n'a pas pour effet d'imputer à Mme A. les prestations attestées pour tous les membres du groupe. Mme A. se voit imputer toutes les prestations qui ont été attestées comme ayant été effectuées par elle ;

- Enfin il est tout à fait permis, dans le cadre de la procédure visée à l'article 77 sexies alinéa 1^{er} de la loi AMI de tenir compte des antécédents du prestataire et, dans le cas d'espèce, de relever que Madame A. a déjà fait l'objet d'une condamnation pour des prestations non effectuées identiques chez une assurée lors de l'enquête E/..., à savoir 287 x code 425375 + 124 x code 425773 pour la période du 01/09/09 au 31/10/10 et introduites au remboursement entre le 31/10/09 et le 30/11/10 induisant un indu de 17.571,91 EUR pour une seule assurée, la condamnation par la Chambre de recours de Madame A. pour ces faits étant définitive.

De l'enquête menée par le Service il apparaît que nonobstant le fait que Madame A. travaille 35h/semaine dans une maison de repos, celle-ci a, en tant qu'indépendante complémentaire, un gros profil d'activité, en augmentation, avec des remboursements des organismes assureurs de 430.276,33 EUR pour 2017.

Pour 2017, concernant les prestations 425375 et 425773, Mme A. se trouvait au percentile 100 et était la 1^{ère} attestataire en Belgique pour ces deux codes avec 2518 x code 425375 remboursés par les organismes assureurs (en abrégé OA) en 2017 pour un montant de 94.344 EUR et 1.096 codes 425773 remboursés par les OA pour 61.844 EUR.

En 2016 elle était déjà la 1^{ère} attestataire du pays avec 1.533 x code 425375 remboursés par les OA en 2016 pour un montant de 54.760 EUR et 689 codes 425773 remboursés par les OA pour 37.085 EUR.

On relève entre 2016 et 2017, une augmentation d'environ 60% concernant la facturation des codes de prestations techniques spécifiques (en abrégé PTS).

Eu égard à son activité en maison de repos, le nombre des prestations facturées à l'assurance soins de santé apparaît invraisemblable au regard, par exemple, du temps nécessaire pour pouvoir effectuer celles-ci.

Un indice de fraude résulte également de l'analyse des données des organismes assureurs et de l'analyse de la banque de données Pharmanet, dont il apparaît que les PTS consistant en la mise en place et/ou surveillance des perfusions (intraveineuses ou sous-cutanées) ou l'administration et/ou surveillance de l'alimentation parentérale code semaine 425375, code WE 425773 n'ont pas toutes été effectuées.

En effet, il y a une forte discordance entre le nombre de PTS facturées et le nombre de perfusions délivrées pour les assurés sans qu'aucune explication vraisemblable ne soit apportée par Mme A. pour expliquer cette discordance.

A titre exemplatif :

- Pour Mme L. NN : 591 PTS ont été attestées du 16/2/16 (intro OA 1/3/16) au 30/9/17 (intro OA 3/10/17) en tiers payant (en abrégé TP) au nom de Mme A. sur son n° de TP alors que dans les données pharmaceutiques, 162 perfusions de NaCl 500ml étaient disponibles pour cette patiente. Il en ressort donc que 422

prestations facturées par Mme A. sont problématiques sur le plan de la faisabilité et sont suspectes de n'avoir pas été effectuées.

- Pour Mme M. NN : 558 PTS ont été attestées du 3/6/16 (intro OA 31/7/16) au 30/9/17 (intro OA 31/10/17) en tiers payant (TP) au nom de Mme A. sur son N° de TP puis du 1/10/17 (intro OA 30/11/17) au 31/12/17 (intro OA 31/1/18) au nom de Mme A. ou au nom de F. (INAMI N°) ou au nom de N. (INAMI N° ..) sur le N° de TP de H. dont Mme A. est responsable alors que dans les données pharmaceutiques, 89 perfusions de NaCl 500ml étaient disponibles pour cette patiente. Il en ressort donc que 469 prestations facturées par Mme A. sont problématiques sur le plan de la faisabilité et sont suspectes de n'avoir pas été effectuées.
- Pour Mme O. NN : 298 PTS ont été attestées du 01/1/17 (intro OA 28/2/17 au 30/9/17 (intro OA 31/10/17) en tiers payant (TP) au nom de Mme A. sur son N° de TP puis du 1/10/17 (intro OA 30/11/17) au 31/12/17 (intro OA 31/1/18) au nom de Mme A. ou au nom de F. (INAMI N° ...) sur le N° de TP de H. dont Mme A. est responsable alors que dans les données pharmaceutiques, aucune perfusion de NaCl 500ml n'était disponible pour cette patiente. Il en ressort donc que toutes les prestations facturées par Mme A. au nombre de 298 sont problématiques sur le plan de la faisabilité et sont suspectes de n'avoir pas été effectuées.

L'ensemble des éléments décrits ci-dessus, basés sur des données chiffrées et vérifiables, constituent des indices graves, précis et concordants de fraude de nature à justifier la mise en œuvre de l'article 77 sexies de la loi AMI et la suspension totale des paiements par les organismes assureurs dans le cadre du régime du tiers payant pour une durée de 12 mois.

C'est à juste titre que le Fonctionnaire-dirigeant a pu considérer, *prima facie*, que si les perfusions n'ont pas été délivrées aux patients, elles n'ont pas pu être réalisées par Madame A.

Les explications données par Mesdames A. et F. quant à l'approvisionnement en perfusions apparaissent incohérentes et contradictoires.

Celles-ci ont d'abord déclaré acheter les perfusions chez P., ce qui s'est avéré inexact, pour ensuite expliquer que les perfusions étaient récupérées de patients décédés (dont seuls quelques noms ont pu être communiqués) ou fournis gratuitement par un ami domicilié en France.

Outre que ce mode d'approvisionnement soulève des doutes sérieux en termes d'importation illicite de médicaments et d'exercice illégal de l'art pharmaceutique, comportements passibles de sanctions pénales, ces explications ne permettent pas d'expliquer le différentiel considérable des 3 600 perfusions précitées.

En aucun cas les indices de fraude ne pourraient être écartés par l'invocation d'une

pratique totalement anormale consistant à se fournir irrégulièrement en perfusions auprès d'un tiers à l'étranger.

En outre, ces explications sont contredites par des proches des patients qui expliquent aller chercher eux-mêmes les perfusions à la pharmacie.

Les indices de fraude sont renforcés par les déclarations de patients ou de collaborateurs infirmiers.

Ainsi, concernant la patiente O., sur 273 jours calendriers en 2017, 221 prestations techniques spécifiques ont été portées en compte. Aucune perfusion n'a été délivrée par une pharmacie durant cette période pour cette patiente. Il ne ressort pas des déclarations de la patiente, de son médecin-traitant et de l'infirmière ayant participé aux soins que lesdites prestations auraient été effectuées.

Les attestations recueillies a posteriori par Mme A. ne permettent pas d'écarter les indices de fraude avancés par le SECM sur la base de données chiffrées et objectives.

Il convient pour le surplus de rappeler qu'en application de 77 sexies de la loi AMI, le SECM ne doit pas, à ce stade, apporter la preuve de la commission d'infractions mais bien celle d'indices graves, précis et concordants de fraude, ce qui est le cas en l'espèce.

Par ces motifs,

la Chambre de recours instituée auprès du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI,

Composée de Monsieur Emmanuel MATHIEU, Président, des docteurs Francine PROFILI, Fabienne EVELETTE et Messieurs Claude DECUYPER et Edgard PETERS, membres.

Après en avoir délibéré et statuant contradictoirement à l'égard des parties ;

Mesdames PROFILI, EVELETTE, Messieurs DECUYPER et PETERS ayant rendu leur avis sans prendre part à la décision ;

Ecartant comme non fondées toutes conclusions autres, plus amples ou contraires ;

Dit l'appel de Madame A. et de la SPRL B. recevable mais non fondé et les en déboute.

La présente décision est prononcée à l'audience du 10 juin 2021 par M. Emmanuel MATHIEU, président, assisté de Mme Caroline METENS, greffier.

METENS Caroline
Greffier

Emmanuel MATHIEU
Président