

DECISION DU FONCTIONNAIRE-DIRIGEANT DU 30 AOUT 2022

Concerne : **A. SRL**

Groupement avec un n° INAMI tiers payant (infirmiers, sages-femmes e.a.)

B. SRL

Groupement avec un n° INAMI tiers payant (infirmiers, sages-femmes e.a.)

Monsieur C.

Infirmier

BRS/F/22-009/art.77

1 DONNEES DES CONCERNES

M. C. est infirmier et possède le n° INAMI d'infirmier ... depuis le 8/2/2002. Il a également un diplôme de médecin obtenu à ... pour lequel il a reçu en dd 3/9/2019 le n° INAMI ... (pas en cause ici).

M. C. est gérant de la SRL B., liée au groupement infirmier qui possède le n° INAMI ... depuis le 4/4/2006 et dont M. C. est responsable. L'adresse du groupement se trouve

La SRL emploie plusieurs prestataires de soins et facture les soins effectués par ces derniers via le numéro de groupement infirmier. M. C. est également prestataire de soins infirmiers dans le groupement et des soins sont remboursés au groupement sur base de son propre n° INAMI d'infirmier.

Suite à des indices de fraude (LC 14 juillet 1994 – art 77 sexies), le fonctionnaire dirigeant du Service de contrôle et d'évaluation médicaux de l'INAMI a suspendu pour un an à partir du 19/6/2021 les remboursements en tiers payant du groupement infirmier B. SPRL et de l'infirmier C. Le 5/5/2022, la Chambre de 1^e instance a déclaré le recours irrecevable car tardif et, surabondamment, non fondé, en confirmant intégralement la décision litigieuse. Recours contre la décision introduit le 8/6/2022.

Les indices graves, précis et concordants de fraude étaient :

Hauts profils de plusieurs infirmier(e)s du groupement, salariées dont le temps de travail est réglementé. Percentiles élevés pour certaines prestations tel soins de plaies complexes, soins de plaies spécifique, thérapie de compression, injection...

Lors du passage des prestataires dans le groupement B. : explosion du profil avec modification dans les percentiles qui deviennent très élevés (percentile 99) pour certaines prestations tel soins de plaies complexes, soins de plaies spécifique, thérapie de compression, injection...

Introduction tardive de la facturation.

Nombre élevé de soins de plaie complexes et spécifiques, facturés en introduisant le numéro INAMI de médecins prescripteurs pour lesquels d'une part, les médecins prescripteurs n'ont jamais prescrit ces soins, la plupart des patients concernés leurs étant inconnus ; d'autre part, quand le patient est connu par le médecin prescripteur, les soins attestés ne correspondent pas aux besoins du patient et/ou à la période réellement prescrite.

Aucune adaptation de la facturation depuis le mois d'août 2020 suite à la notification du PVC dd 30/7/2020 concernant l'attestation non conforme des codes du §1^{er} 1° et 2° de l'article 8, prestations effectuées au domicile ou à la résidence du bénéficiaire, alors que les codes du §1^{er} 3°bis, prestations effectuées au domicile ou à la résidence communautaires, momentanés ou définitifs, de personnes handicapées auraient dû être attestés pour les patients séjournant aux « ... » à ..., institution pour personnes handicapées.

Pour quelques résidents, des soins de plaie et injections ont été attestés au moment de l'entrée à la résidence et ceci pour une période précédant leur séjour.

Taux de lecture eID suspecte supérieur à 10%.

Soins non-effectués signalés par un OA chez 3 assurés. Chez un assuré décédé et pour deux assurés, des soins ont été facturés par B. alors que des soins étaient déjà facturés par un autre groupement pour la même période (autre groupement qui lisait quotidiennement la carte eID de ces assurés, au contraire de B.)

Suspicion d'attestation de prestations non effectuées au nom de D., INAMI N°..., E., INAMI N°..., F., INAMI N°..., infirmier(e)s après qu'ils aient quitté le groupement.

Des recherches sur les assurés ont mis en évidence le **contournement de la mesure par la facturation des prestations via le numéro de groupement infirmier 'A.'** ouvert le 1/6/2020 (N° INAMI ...). Ce numéro de groupement est lié à la SRL A. **constituée par M. C.** le 6/5/2020. La gérante de cette SRL est l'infirmière G. et la responsable du groupement infirmier est l'infirmière H., toutes les deux font partie du groupement B. Il n'y a que 2 membres dans le nouveau groupement (Mme H. et Mme I.) alors que le groupement facture au nom d'autres prestataires qui sont en fait tous les prestataires du groupement B.

La SRL A. avec son numéro de groupement infirmier lié a été créée au moment du démarrage de l'enquête INAMI. En effet le 26/2/2020, les premières prescriptions ont été demandées à M. C. Ce nouveau numéro de groupement n'a été utilisé qu'à partir du moment où les remboursements en tiers payant du groupement B. ont été suspendus.

Il ressort du questionnaire rempli par Mme G. (voir pièce 1 du dossier), Mme J. (voir pièce 2 du dossier) et Mme H. (voir pièce 3 du dossier) et de l'audition de cette dernière que **c'est M. C. qui s'occupe de la facturation pour le groupement B. et A.** C'est lui qui introduit la facturation dans MyCareNet.

Ainsi :

Le 22/10/2021, un questionnaire a été envoyé à l'infirmière G. dans le cadre de l'enquête thématique Haut profil année 2020. Elle est salariée temps plein par B. SRL. Elle écrit que c'est M. C. qui s'occupe de la facturation du groupement et qu'elle ne sait pas ce qui est facturé en son nom, ce qui est facturé le serait en fonction de la lecture des cartes d'identité des patients. C'est le dirigeant M. C. qui introduit la facturation dans MyCareNet. Elle n'a pas donné de mandat à M. C. pour porter en compte ses prestations.

Le 22/10/2021, le même questionnaire a été envoyé à l'infirmière H. qui est également salariée temps plein par B. SRL. Elle écrit que c'est le dirigeant M. C. qui s'occupe de la facturation du groupement et qu'elle ne sait pas ce qui est facturé en son nom. C'est M.

C. qui introduit la facturation dans MyCareNet. Elle n'a pas donné de mandat à M. C. pour porter en compte ses prestations.

Même réponse de l'infirmière J.

Données SRL B.

Données Public Search anonymisées

Membre du personnel de B. selon Dolsis en dd 31/3/2022

Tableau anonymisé

Données Groupement infirmier B.

Tableau anonymisé

Dispensateurs inscrits dans le groupement infirmier B.

Données anonymisées.

Données SRL A.

Données Public Search anonymisé

Données du Moniteur Belge anonymisées.

2 Indices graves, précis et concordants justifiant la suspension des paiements du n° tiers payant :

1.1 Facturation pour des prestataires ne faisant pas partie du groupement

M. C. et A. facture sur le numéro de groupement de A. pour des prestataires qui ne font pas partie du groupement. Les prestataires ci-dessus n'ont pas signé le document d'appartenance au groupement A.

Voir pièce 5

N° INAMI	Nom prestataire infi
	Madame G.
	K.
	L.
	E.
	M.
	Madame J.
	N.
	Madame O.
	Madame F.
	Madame P.
	D.
	Monsieur C.
	Q.
	R.

1.2 **Facturation de prestations non effectuées au nom de 4 prestataires pour un montant de 858.897,96 EUR.**

Données du flux eID pour le groupement A. du 2^{ème} trimestre 2021 à mars 2022 : Voir pièce 6

Tableau anonymisé.

Alors qu'un des indices de fraude ayant mené à la suspension du tiers payant du groupement B. concerne la suspicion d'attestation de prestations non effectuées au nom de D., INAMI N°... et Madame F., INAMI N° ..., infirmier(e)s après qu'ils aient quitté le groupement, M. C. et le groupement A. continuent de facturer des prestations au nom de ces 2 prestataires qui ne travaillent plus pour B. et ne travaillent pas pour A. Ceci est corroboré par leur contrat de travail et a été confirmé par leurs déclarations.

- **D. numéro INAMI ...**

Contrat de travail avec B. du 1/1/2006 au 31/1/2007 (DOLSIS ci-avant)

Audition dd 14/3/2022 (pièce 7 du dossier) : Le 14/3/2022, M. D. a déclaré en audition avoir travaillé avec M. C. avec le statut d'indépendant complémentaire de 2006 à 2010. Depuis le début de la crise Corona (NDLR 1/4/2020), M. C. a fait appel à lui pour travailler 1 WE sur 2 aux M. D. déclare être salarié de B. pour cette activité et recevoir 500 EUR/mois. Des recherches dans DIMONA, il ressort que M. D. n'est pas salarié de B., ni de L., ni de A.

- **Madame F. numéro INAMI ...**

contrat de travail du 22/10/2018 au 29/09/2019

Entretien téléphonique en dd 10/3/2022 (pièce 8 et ses 2 annexes) : le 10/3/2022, Mme F. a été contactée par téléphone car habitant Elle a déclaré avoir travaillé pour B. d'octobre 2018 à septembre 2019 au ... et en domicile.

- **Madame P. numéro INAMI ...**

Contrat de travail du 01/05/2019 au 31/03/2020

Entretien téléphonique en dd 21/3/2022 (pièce 9) : Le 21/3/2022, Mme P. a déclaré avoir travaillé du 01/05/2019 au 31/03/2020 au ...

- **Monsieur O. numéro INAMI ...**

Contrat de travail du 08/01/2018 au 19/03/2018

Audition dd 11/3/2022 (pièce 10) : Le 11/3/2022, Monsieur O. a déclaré en audition avoir travaillé à mi-temps du 8/1/2018 au 19/3/2018 pour la société ..., à la résidence Depuis avril 2018, il est salarié dans une maison de repos. Il n'a pas d'activité à titre complémentaire.

Il ressort donc des déclarations des prestataires et de leur contrat de travail qu'ils n'ont pas effectué les prestations introduites au remboursement par M. C. et le groupement A. . Leur numéro INAMI a été utilisé à leur insu pour facturer en tiers payant des soins

à l'assurance soins de santé et indemnité (ASSI) alors qu'ils ne travaillaient pas pour B. ni pour A.

Ainsi ont été facturées par A. :

- 67.096 prestations à l'insu du prestataire F. pour un montant de 277.565,94 EUR.
- 47.408 prestations à l'insu du prestataire P. pour un montant de 185.517,67 EUR.
- 39.132 prestations à l'insu du prestataire O. pour un montant de 154.831,20 EUR ;
- 35.026 prestations à l'insu du prestataire D. pour un montant de 240.983,15 EUR alors qu'il travaille un WE sur 2 ...

1.3 **Attestation de codes au domicile à la place de codes à la résidence communautaires, momentanés ou définitifs, de personnes handicapées**

Alors qu'un des indices de fraude ayant mené à la suspension du tiers payant du groupement B. est l'inadaptation de la facturation depuis le mois d'août 2020 suite à la notification du PVC dd 30/7/2020 rédigé à l'encontre de la SPRL B. concernant l'attestation non conforme des codes du §1er 1° et 2° de l'article 8, M. C. et le groupement A. continue de facturer des prestations de domicile du §1er 1° et 2° de l'article 8 de la nomenclature des prestations de santé alors que doivent être attestés des codes moins onéreux pour personnes en résidence communautaire du §1er 3°bis de l'article 8 (prestations effectuées au domicile ou à la résidence communautaires, momentanés ou définitifs, de personnes handicapées), les prestations de soins infirmiers étant délivrées, entre autres, dans une institution pour personnes handicapées.

Dans les données du flux eID pour le groupement A. du 2^{ème} trimestre 2021 à mars 2022) : (Voir pièce 11), ne sont retrouvées que des prestations du §1er 1° et 2° de l'article 8 :

Code n°	Libellé abrégé
418913	deplacement
419252	Supplt covid
423076	Inj medic
423091	Inj medic pls sites
423275	Inj medic WE
423290	Inj medic pls sites WE
424314	PST compressif
424351	SPC
424373	SPS
424476	Pst compressif WE
424513	SPC WE
424535	SPS WE
424933	Bas
424955	Bas WE
425014	PB1

425036	PB2
425110	toilette
425272	FA
425294	FB
425316	FC
425375	PTS (parenterale)
425412	PB1 WE
425434	PB2
425515	toilette
425670	FA
425692	FB
425714	FC
425773	PTS
426635	Pseudocode 1PB
426650	Pseudocode 2PB
426731	Pseudocode

1.4 Facturation d'un nombre important de soins de plaies complexes et de soins de plaies spécifiques

Données du flux eLD pour le groupement A. du 2^{ème} trimestre 2021 à mars 2022) : (Voir pièce 12)

Tableau anonymisé.

Aucun code de soin de plaies simples n'est facturé.

Ne sont facturés que des soins de plaies complexes et spécifiques pour un montant total de 795.250,89 EUR, ce qui représente 25,93 % du montant total facturé par A.

84.447 soins de plaies complexes et spécifiques sont facturés en 9 mois et demi de facturation, en moyenne 286 soins de plaies complexes et spécifiques par jour.

Ces chiffres et montants sont plus que suspects surtout quand on sait de quelle plaie il s'agit. En effet, le §8 de l'art 8 de la nomenclature des soins de santé définit le soins de plaies complexes et le soins de plaies spécifiques comme suit :

- "soins de plaie(s) complexes" : les soins de :
- plaie(s) avec drain avec/sans aspiration;
- plaie(s) avec méchage et/ou irrigation;
- plaie(s) avec broche ou fixateur externe;
- deux plaies simples ou davantage;
- brûlure(s) au deuxième ou troisième degré, ulcère(s), greffe(s), escarre(s) d'une superficie de moins de 60 cm²;
- stomie(s) après colostomie, gastrostomie, iléostomie, cystostomie, uretérostomie ou trachéostomie;
- "soins de plaie(s) spécifiques" :
- les soins de brûlure(s) au deuxième ou troisième degré ou de greffe(s) d'une superficie de 60 cm² ou plus;
- les soins d'ulcère(s) d'une superficie de 60 cm² ou plus;
- les soins d'escarre(s) profonde(s) atteignant les tendons et les os;
- le débridement d'escarre(s) de décubitus."

Cet indice de fraude était également repris pour B.

1.5 Suspicion de fausses prescriptions encodées au nom du Dr T.

Du doc P (tableaux statistiques des OA's concernant les prestations effectuées par les dispensateurs de soins – art 150 alinéa 3 Loi ASSI), il ressort que pour les dates de prestations du 1/7/2021 au 30/11/2021 (5 mois), le Dr T. est exclusivement prescripteur pour les infirmiers au nom desquels A. atteste, à savoir que le Dr T. ne prescrit pour aucun autre prestataire que ceux pour lesquels A. facture.

Ainsi, grâce au numéro INAMI du Dr T, 8.464 prestations pour un montant de 50.300,86 EUR ont été remboursées en 5 mois alors que pour la même période, le Dr T. n'a aucun profil d'activité en tant que dispensateur.

Tout ceci laisse penser que le numéro INAMI du Dr T. a été utilisé à son insu pour introduire au remboursement des soins infirmiers essentiellement des injections de médicaments et des soins de plaies complexes ou spécifiques.

Également pour le 1^{er} semestre 2021 (Doc P via application DABRALI), le Dr T. a un petit profil en tant que dispensateur (120 prestations) alors que 35.862 prestations infirmières pour un montant de 193.223,72 EUR ont été remboursées sur base de son numéro INAMI exclusivement pour des prestataires de B. dont certains ne travaillaient pas ou plus à cette époque pour B. (E., F., P. et O.)

Profil prescripteur prestations infirmières du Dr T. pour 2021S1 (Doc P / DABRALI) :

Tableau anonymisé.

Ce même indice de fraude a mené à la suspension du tiers payant du groupement B., à savoir que le docteur T. ne connaissait aucun des 44 patients pour lesquels des soins avaient été attestés sur base de prescriptions basées sur son n° INAMI. Une explosion du nombre de prescriptions de prestations de soins infirmiers avait été constatée depuis 2018 : 25.073 pour un montant de 127.498 EUR à la place de 482 l'année précédente pour un montant de 3.753 EUR.

1.6 Facturation par A. de prestations avec date de prestations antérieures au 1/6/2020, alors que le groupement N'EXISTE PAS.

Le groupement A. est reconnu au 1/6/2020.

Du flux eID, il ressort que A. commence à facturer au T2 de 2021 (NDLR au moment où le groupement B. est suspendu).

Au T3 et T4 de 2021, des prestations avec date de prestation antérieure au 1/6/2020 (date de création du groupement) sont entrées en facturation. Il s'agit de prestations datées à partir du 1/3/2020 (13.259 prestations pour un montant de 61.619 EUR). Il y a également 1 prestation datée du 11/7/2019 pour 34 EUR et 1 prestation datée du 14/8/2019 pour 34 EUR avec leurs 2 pseudocodes à 0 EUR.

(Voir pièce 13)

Tableau anonymisé

En outre (voir 2^{ème} indice) les prestations d'avril 2020 et mai 2020 n'ont pas pu être effectuées par Mme P. qui a travaillé aux ... du 01/05/2019 au 31/03/2020.

Les prestations de mars 2020, avril 2020 et mai 2020 n'ont pas pu être effectuées par Monsieur O. qui a travaillé aux ... du 08/01/2018 au 19/03/2018.

Les prestations de mars 2020, avril 2020 et mai 2020 n'ont pas pu être effectuées par Madame F. qui a travaillé aux ... d'octobre 2018 à septembre 2019.

Données du groupement A.

Tableau anonymisé.

Dispensateurs inscrits dans le groupement infirmier A.

Tableau anonymisé.

Dispensateurs au nom desquels le groupement infirmier A. (issu du flux eID en dd 12/5/2022) (pièce 4)

Tableau anonymisé.

A part Mme H. et Mme I., ces dispensateurs n'ont pas fait de déclaration d'appartenance au groupement A.

2 DISCUSSION

Le SECM considère que les éléments visés dans la demande de moyens de défense sont suffisants pour répondre aux exigences de l'art. 77sexies de la loi ASSI, qui ont été précisées dans 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 indemnité, coordonnée le 14 juillet 1994 arrêtées par la Commission Anti-Fraude de l'INAMI qui définissent les notions d'indices de fraude graves, précis et concordants. Ces directives définissent la notion de grave comme étant :

« 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** »¹

Les indices relevés par le SECM répondent bien à ces critères, puisqu'ils reposent tous sur des pièces clairement déterminables et matérialisant « un élément concret, crédible et vérifiable » :

- la possible facturation de prestations non effectuées à l'assurance soins de santé ;
- la facturation de soins sur base de fausses prescriptions au nom d'un médecin ;
- le contournement de la mesure de suspension en attestant des prestations au moyen d'un nouveau numéro de groupement, parfois pour des dates antérieures à la création de ce groupement.

Le SECM ne doit pas prouver, à ce stade, ce qu'il entend démontrer dans le cadre d'une instruction ultérieure. L'art. 77sexies de la loi ASSI n'impose pas au SECM d'apporter des éléments prouvant la fraude.

Les travaux préparatoires de la loi du 4 avril 2014 font référence, concernant la notion de fraude, aux articles 232 et suivants du Code pénal social².

La Cour de cassation a pu ainsi considérer que :

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

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

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

En l'espèce, il ressort des pièces que des prestations de travail étaient impossibles, la société n'ayant aucune existence de fait, et que le demandeur a transmis à l'O.N.Em. et à l'organisme assureur en A.M.I. des documents inexacts, dans le but d'obtenir des prestations auxquelles il n'avait pas droit. La fraude entendue au sens civil est

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

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

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

suffisamment établie, sans qu'il soit nécessaire d'attendre les suites d'une éventuelle procédure pénale »⁴.

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

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

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

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

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

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

La faute délibérée absorbe toute la causalité »⁵.

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

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

***La démonstration de la fraude éventuelle est forcément postérieure à la découverte d'indices de fraude** qui eux sont nécessaires pour autoriser légalement l'administration à procéder à des investigations auprès du contribuable »⁶.*

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

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

⁴ C. trav. Bruxelles (8^e ch.), arrêt du 20 novembre 2014, *Chron. D. S.*, liv. 2, p. 83

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

⁶ **C.A. Bruxelles, 12.12.2007, Cause 2003/AR/2315**

*preuve de la fraude fiscale doit déjà être apportée objectivement. **Ce n'est que lorsque les indices sont imprécis ou sont fondés sur des suppositions vagues ou pas crédibles, qu'il ne peut être conclu à l'existence d'indices de fraude fiscale** »⁷.*

La mesure de l'article 77*sexies* de la loi ASSI vise, dans le cadre d'une procédure de contrôle et, au regard de l'existence d'indices de fraude ou d'indices d'une intention frauduleuse, à prendre une mesure préventive qui consiste en une suspension temporaire des paiements par les organismes assureurs.

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

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 les groupements A., B. et M. C. mais aussi sur des déclarations de dispensateurs de soins, des données enregistrées au Service des soins de santé de l'INAMI relativement aux groupements A., B. et à ses infirmiers.

En conclusion, les indices de fraude relevés par le Service d'évaluation et de contrôle médicaux et énoncés ci-dessus reposent 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);
- précis (ces indices sont fondés notamment sur les données de facturation introduites par les groupements B. et A. auprès des organismes assureurs, des déclarations des dispensateurs de soins, des profils anormalement élevés, et très importants pour certaines prestations);
- et concordants (ces indices tendent tous à montrer que A., B. et M. C. paraissent avoir mis en place une ou plusieurs manœuvre(s) pour percevoir des sommes indues de l'assurance soins de santé).

Une suspension d'une durée d'un an se justifie au vu des nombreux devoirs d'enquêtes encore à réaliser.

Les données reçues des organismes assureurs ou communiquées par l'auditorat du travail doivent être analysées méticuleusement ce qui nécessite du temps.

Des témoins doivent être entendus en collaboration avec la police. Ceci prend évidemment un certain temps.

Au regard de tous ces éléments et des indices de fraude relevés dans le chef des SRL A. et B. et de M. C., le Fonctionnaire-dirigeant du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI estime que, sur base de l'art. 77*sexies* de la loi ASSI, coordonnée le 14/07/1994, une suspension totale des remboursements en tiers payant à Monsieur

⁷ Traduction libre – Cass. (1^e ch.), arrêt du 7 avril 2016, RG. F14.0065.N, *Cour. Fisc.*, liv. 11, p. 666

C. (N° INAMI : ...), au groupement A. (N° INAMI :) et au groupement B. (N° INAMI : ...) pour une période maximale de 12 mois est justifiée.

PAR CES MOTIFS,

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

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

Ainsi décidé à Bruxelles.

Le Fonctionnaire-dirigeant,