

DECISION DU FONCTIONNAIRE-DIRIGEANT DU 16 MARS 2023
BRS/F/23-006/art.77

Concerne : **Madame A.**
Infirmière

1. EXPOSE DES FAITS

1.1. Données Soins de Santé

Données du tableau anonymisées

Mme A. est encore répertoriée comme membre du groupement B. SPRL (depuis le 1/12/2008) mais rien n'est plus attesté à son nom sur le numéro de groupement.

En 2017, ses prestations ont été remboursées exclusivement sur le numéro de groupement C. (Or elle n'est pas signalée comme faisant partie de ce groupement). En 2018, elles l'ont été partiellement. En 2019, elles ne l'ont plus du tout été (la facturation se fait uniquement sous le n° de tiers payant correspondant au n° INAMI de Mme A.).

Données tableau anonymisées.

1.2. Données légales

Données anonymisées.

Mme A. est pensionnée depuis le 1/01/2018 avec activité illimitée.

1.3. Données BCE

Mme A. est en personne physique, enregistrée à la banque carrefour des entreprises comme une entité en personne physique.

Tableau BCE anonymisé.D

1.4. Données reçues des OA

Les remboursements en tiers payant se font sur le compte n°... au nom de Mme A. Dossier antérieur en cours

1.5. Dossier antérieur en cours

Dossier edos n° ... : les 4 cas investigués sont positifs.

Suite à une audition de Mme A. en date du 19/5/2021, un procès verbal de constat a été dressé le 10/11/2021 et retenait à grief :

- 3013 prestations non effectuées pour 3 cas d'assurés pour la période de prestations du 01-09-2018 au 30-11-2020 et d'introduction à l'OA du 21-11-2018 au 04-12-2020, à concurrence d'un indu total de 67.687,55 EUR.
- 1.006 prestations non conformes pour un cas d'assuré consistant en toilette incomplète dans le cadre d'honoraire forfaitaire, pour la période de prestations du 01/09/2018 au 30/11/2020 et d'introduction à l'OA du 21/11/2018 au 04/12/2020, à concurrence d'un indu total de 33.039,84 EUR.

L'indu de ce dossier s'élevait à 100.727,39 EUR pour 4 cas d'assurés sur 2 ans.

Il a été noté que pour les 4 cas, il y avait également un surscorage de l'état de dépendance physique.

En outre dans son audition du 19/5/2021, Mme A. a déclaré ne tenir aucun dossier infirmier, ce pourquoi elle a reçu un avertissement en date du 15/12/2021 (non respect de l'art.8 §3 de la nomenclature des prestations de soins) envoyé par recommandé postal et renvoyé le 17/2/2022 par courrier simple, le recommandé postal n'ayant pas été réclamé.

D'autre part, il a été remarqué un encodage exclusivement manuel de l'identité des patients, ne satisfaisant pas au règlement modifiant le règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, ce pourquoi elle a fait l'objet d'un avertissement, en date du 15/12/2021, envoyé par recommandé postal et renvoyé le 17/2/2022 par courrier simple, le recommandé postal n'ayant pas été réclamé.

1.6. Profils

Source : Document P (tableaux statistiques des OA's concernant les prestations effectuées par les dispensateurs de soins – LC art 150 alinéa 3) consulté dans l'application DABRALI

1.6.1 Profil comptable

Tableau anonymisé.

1.6.2 Profil détaillé

Données anonymisées.

En 2020, Mme A. se situe au dessus du percentile 99 pour les forfaits C, au dessus du percentile 96 et 95, respectivement pour les Forfaits B de WE et de semaine.

Tableau anonymisé.

En 2021, Mme A. se situe au dessus du percentile 99 pour les forfaits B et au dessus du percentile 98 pour les forfaits A et C.

1.6.3 Profil par années de prestation / Nombre de jours travaillés par année civile

Données anonymisées.

Pour 2021, les données des 4 derniers mois sont manquantes.

1.6.4 Tiers payant

Tableau anonymisé.

En 2021, 95,87% des remboursements se font en tiers payant.

1.7. Flux eID

1.7.1 Montants comptables :

T1 Total	T2 Total	07 Total	08 Total	09 Total	10 Total
47.096,93	53.898,72	17.466,98	15.918,10	14.350,90	12.763,30

= Montant remboursé de 161.494,93 EUR pour les 10 premiers mois de 2022 -> extrapolé sur 12 mois = 193.793,92 EUR

1.7.2 Lecture de carte eID

Les articles 32/1 à 32/12 du Règlement des soins de santé du 28/07/2003 règlent les dispositions en vigueur pour la vérification de l'identité du patient en cas d'application du tiers payant.

= 2022/6					= 2022/7					= 2022/8					= 2022/9				
puce	code-barre	piste magnétique	manuel	non rempli	puce	code-barre	piste magnétique	manuel	non rempli	puce	code-barre	piste magnétique	manuel	non rempli	puce	code-barre	piste magnétique	manuel	non rempli
309	44	39	590		457	72	15	409		349	124	42	366		325	44	50	293	

Juin 2022 (date de prestation) : 31,47% de lecture de puce de la carte d'identité du patient -> 68,53% de lecture suspecte

Juillet 2022 (date de prestation) : 47,95% -> 52,05% de lecture suspecte

Août 2022 (date de prestation) : 39,61% -> 60,39% de lecture suspecte

Septembre 2022 (date de prestation) : 45,65% -> 54,35% de lecture suspecte

1.7.3 Analyse du flux :

Des prestations facturées pour tous les jours en juin, juillet, août et septembre 2022.

Explication sur la manière de lire les tableaux : quand on regarde le premier tableau, ci-dessous, à la date de prestations du 1/06/2022, il y a :

- 5 prestations pour 14,14 EUR entrées en facturation au T2 2022 (T2 = 2^{ème} trimestre) ;
- et 58 prestations pour 500,51 EUR entrées en facturation en juillet 2022.

A la date de prestation du 31/07/2022 (2^e tableau), il y a

- 51 prestations facturées en août 2022 et 5 facturées en octobre 2022.

Il est à remarquer également que certaines prestations sont introduites tardivement en facturation. Par exemple, 5 prestations datées du 2 juillet 2022 sont entrées en facturation en octobre 2022, alors que les 55 autres prestations de la journée du 02/07/2022 sont entrées en facturation en août 2022.

FACTURATION →

		2022									
		T2		07		08		09		10	
realization_date	↓	prest	amount_reimbd	prest	amount_reimbd	prest	amount_reimbd	prest	amount_reimbd	prest	amount_reimbd
01Jun2022		5	14,14	58	500,51						
02Jun2022	↓	5	14,14	58	500,51						
03Jun2022		5	14,14	58	500,51						
04Jun2022		5	21,10	58	739,84						
05Jun2022		5	21,10	58	739,84						
06Jun2022		5	21,10	58	739,84						
07Jun2022		5	14,14	61	507,07						
08Jun2022		5	14,14	58	500,51						
09Jun2022		5	14,14	59	500,51						
10Jun2022		5	14,14	59	500,51						
11Jun2022		4	21,10	59	739,84						
12Jun2022		4	21,10	59	739,84						
13Jun2022		4	14,14	59	500,51						
14Jun2022		4	14,14	60	500,51						
15Jun2022		4	14,14	61	513,24						
16Jun2022		4	14,14	61	513,24						
17Jun2022		4	14,14	60	513,24						
18Jun2022		4	21,10	60	758,13						
19Jun2022		4	21,10	60	758,13						
20Jun2022		4	14,14	60	513,24						
21Jun2022		4	14,14	63	527,21						
22Jun2022		4	14,14	62	527,21						
23Jun2022		4	14,14	62	527,21						
24Jun2022		4	14,14	62	527,21						
25Jun2022		4	21,10	62	778,67						
26Jun2022		4	21,10	64	788,11						
27Jun2022		4	14,14	62	527,21						
28Jun2022		4	14,14	61	514,48						
29Jun2022		4	14,14	60	514,48						
30Jun2022		4	14,14	54	455,62						

FACTURATION →

		2022									
		T2		07		08		09		10	
realization_date	↓	prest	amount_reimbd	prest	amount_reimbd	prest	amount_reimbd	prest	amount_reimbd	prest	amount_reimbd
01Jul2022						55	437,89				
02Jul2022	↓					55	647,28			5	21,10
03Jul2022						55	647,28			5	21,10
04Jul2022						55	437,89			5	14,14
05Jul2022						55	437,89			5	14,14
06Jul2022						55	437,89			5	14,14
07Jul2022						56	437,89			5	14,14
08Jul2022						55	437,89			5	14,14
09Jul2022						55	647,28			5	21,10
10Jul2022						52	598,75			5	21,10
11Jul2022						52	405,20			5	14,14
12Jul2022						55	425,80			5	14,14
13Jul2022						53	393,11			5	14,14
14Jul2022						55	399,67			5	14,14
15Jul2022						57	425,80			5	14,14
16Jul2022						55	633,10			5	21,10
17Jul2022						57	681,63			5	21,10
18Jul2022						57	461,08			5	14,14
19Jul2022						57	461,08			5	14,14
20Jul2022						57	461,08			5	14,14
21Jul2022						57	681,63			5	21,10
22Jul2022						57	461,08			5	14,14
23Jul2022						58	681,63			5	21,10
24Jul2022						57	681,63			5	21,10
25Jul2022						57	461,08			5	14,14
26Jul2022						56	449,06			5	14,14
27Jul2022						54	442,50			5	14,14
28Jul2022						54	442,50			5	14,14
29Jul2022						55	442,50			5	14,14
30Jul2022						54	653,77			5	21,10
31Jul2022						51	605,24			5	21,10

		2022									
		T2		07		08		09		10	
realization_date	↓	prest	amount_reimbd	prest	amount_reimbd	prest	amount_reimbd	prest	amount_reimbd	prest	amount_reimbd
01Aug2022								53	411,23	5	14,14
02Aug2022								55	429,81	5	14,14
03Aug2022								55	429,81	5	14,14
04Aug2022								55	429,81	5	14,14
05Aug2022								55	429,81	5	14,14
06Aug2022								56	635,14	5	21,10
07Aug2022								55	635,14	5	21,10
08Aug2022								55	429,81	5	14,14
09Aug2022								55	429,81	5	14,14
10Aug2022								55	429,81	5	14,14
11Aug2022								55	429,81	5	14,14
12Aug2022								55	429,81	5	14,14
13Aug2022								57	647,70	5	21,10
14Aug2022								58	647,70	5	21,10
15Aug2022								57	647,70	5	21,10
16Aug2022								57	438,46	8	27,92
17Aug2022								46	346,25	5	14,14
18Aug2022								46	346,25	5	14,14
19Aug2022								50	360,39	5	14,14
20Aug2022								49	559,34	5	21,10
21Aug2022								47	546,78	5	21,10
22Aug2022								48	370,29	5	14,14
23Aug2022								49	384,43	8	27,92
24Aug2022								50	384,43	5	14,14
25Aug2022								50	384,43	5	14,14
26Aug2022								52	390,99	5	14,14
27Aug2022								50	567,88	5	21,10
28Aug2022								50	567,88	5	21,10
29Aug2022								51	384,43	5	14,14
30Aug2022								54	431,53	9	32,24
31Aug2022								52	394,24	5	14,14

		2022									
		T2		07		08		09		10	
realization_date	↓	prest	amount_reimbd	prest	amount_reimbd	prest	amount_reimbd	prest	amount_reimbd	prest	amount_reimbd
01Sep2022										49	350,31
02Sep2022										49	350,31
03Sep2022										50	529,37
04Sep2022										49	517,72
05Sep2022										49	350,31
06Sep2022										50	350,31
07Sep2022										53	368,41
08Sep2022										49	350,31
09Sep2022										47	331,73
10Sep2022										47	489,86
11Sep2022										48	501,51
12Sep2022										47	331,73
13Sep2022										54	356,39
14Sep2022										47	331,73
15Sep2022										47	331,73
16Sep2022										47	331,73
17Sep2022										47	489,86
18Sep2022										48	501,51
19Sep2022										47	331,73
20Sep2022										50	340,02
21Sep2022										49	350,31
22Sep2022										49	350,31
23Sep2022										49	350,31
24Sep2022										49	517,72
25Sep2022										50	529,37
26Sep2022										49	350,31
27Sep2022										54	368,41
28Sep2022										49	350,31
29Sep2022										49	350,31
30Sep2022										50	361,96
Grand Total		130	486,84	1.796	17.466,98	1.713	15.918,10	1.632	14.350,90	1.786	12.763,30

PREST
dd 1-1-22 → 30-9-22

1.8. Indices graves, précis et concordants en vue de la suspension des paiements du n°tiers payant

1.8.1 Mme A. a un profil d'activité important, à savoir que le volume des remboursements des mutuelles est au-delà des 200.000 euros pour 2021 (212.842 EUR), alors que Mme A. est âgée de 72 ans et est pensionnée depuis le 1/01/2018.

Les remboursements pour 2022 d'après le flux eID s'élèvent à 161.494,93 EUR pour les 10 premiers mois de 2022, ce qui extrapolé sur 12 mois donnerait 193.793,92 EUR.

Les montants demeurent importants pour 2022, alors que Mme A. a reçu un PVC fin 2021 à hauteur de 100.727 EUR pour 4 cas d'assuré sur une période de 2 ans.

L'arrêté royal du 29/09/2019, 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*) a inséré, 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. »*

En clair, l'intervention de l'assurance est maintenant subordonnée, pour un dispensateur de soins sous statut salarié, à la facturation d'un maximum de 22.000 valeurs W (soit 100.000 EUR) par année civile et pour un dispensateur de soins sous statut indépendant ou sous statut salarié et sous statut indépendant, à la facturation d'un maximum de 40.000 valeurs W (soit 180.000 EUR) par année civile.

Le montant des remboursements de l'assurance obligatoire soins de santé facturés au nom de Mme A. paraissent donc très importants, ce d'autant plus au regard du fait qu'elle est pensionnée.

1.8.2. Dans le profil détaillé de 2020, Mme A. est au percentile 99 pour les forfaits C et au dessus du percentile 95 pour les forfaits B.

En 2021, Mme A. se situe au dessus du percentile 99 pour les forfaits B et au dessus du percentile 98 pour les forfaits A et C, ce qui constitue une augmentation entre 2020 et 2021. Il a également été constaté que l'état de dépendance physique des 4 cas d'assurés qui ont été retenus à grief au terme du procès verbal de constat d'infraction du 9/11/2021, dressé dans le cadre de l'enquête 2020-000657-C-02-000-00001, était surscoré.

1.8.3. Les profils par année de prestations montrent que tous les jours sont travaillés de 2017 à 2020. Les données de 2021 sont incomplètes.

Les données récentes du flux eID montrent également que tous les jours de juin 2022 à septembre 2022 sont travaillés.

1.8.4. De l'analyse des données de facturation récentes (flux eID), il ressort que pour les prestations de juin 2022, Mme A. a procédé à **68,53%** de lecture suspecte, c'est-à-dire que la lecture de la puce de la carte d'identité du patient n'a pas eu lieu.

En juillet 2022, il y a 52,05% de lecture suspecte.

En août 2022, nous remarquons 60,39% de lecture suspecte.

En septembre 2022, nous remarquons 54,35% de lecture suspecte.

Le taux de lecture suspecte 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, art. 32/1 et s.), alors que Mme A. a reçu un avertissement à ce sujet le 17/02/2022.

1.8.5. Les données récentes du flux eID montrent que certaines prestations sont introduites tardivement en facturation. Il est interpellant pour le service que toutes les prestations d'une même journée ne soient pas encodées en même temps et surtout que certaines soient facturées plusieurs mois après toutes les autres.

Par exemple, 5 prestations datées du 2 juillet 2022 sont entrées en facturation en octobre 2022, alors que les 55 autres sont entrées en facturation en août 2022.

Il en va de même pour ces 5 prestations pour tous les jours du mois de juillet et du mois d'août, toutes introduites en facturation en octobre 2022.

1.8.6. Lors de son audition du 19/05/2021, Mme A. avait déclaré (le service met en gras et souligne) :

« IS : D'après les déclarations de Mr D., vous n'avez effectué aucune toilette chez lui. Avez-vous une explication à ces déclarations ?

A. : Ben je lui lavais ses jambes pour réaliser les pansements, juste les jambes . **Mais je réalisais pas de toilette complète.**

IS : Par ailleurs, l'échelle de Katz effectuée par nos soins diffère complètement de votre évaluation (il est au minimum pour chaque item). Comment expliquez-vous cela ?

A. : C'est pas possible, je me suis trompé, je vais reprendre mes échelles de Katz, c'est ma fille qui s'est occupé de cela mais **je reconnais que les échelles de Katz ne correspondent pas à la réalité des soins effectués**, j'ai surévalué les échelles je le reconnais, je rembourserai les montants perçus au besoin ».

L'infraction, évoquée lors de l'audition de Mme A. le 19/5/2021 et retenue à grief dans le PVC en date du 10/11/2021 pour le cas de l'assuré Monsieur D., se poursuit.

En effet, tous les jours continuent à être attestés depuis le 22/5/2021, date de l'audition de Mme A., des forfaits A (codes 425272/ WE 425670) jusqu'au 8/3/2022 et à partir du 9/3/2022 des forfaits B (code 425294/ WE 425692), alors que le patient a déclaré, lors de son audition du 25/1/2023, faire seul sa toilette.

L'infirmière vient faire son pansement à la jambe droite et au bras gauche. 441 forfaits ne sont pas effectués du 22/5/2021 au 30/9/2022 (données les plus récentes en notre possession) ce qui représente un indu de 11.683, 24 EUR.

Il faut faire remarquer que le 1^{er} et le 2 juillet 2021, aucun forfait n'a été attesté mais ont été attestées une prestation de base 425014 et un soin de plaie complexe 424351.

1.8.7. Lors de son audition du 27/01/2023, Monsieur E. a indiqué se laver seul.

Or, pour cet assuré, des toilettes (codes 425110/245515 WE) sont attestées du 25/06/2020 au 31/12/2020, ce qui représente un montant indu : 908,96 EUR, puis du 01/01/2021 au 30/09/2022, des forfaits A (425272/425670 WE), ce qui représente un montant indu de 9.694,23 EUR

1.8.8. Les deux auditions d'assurés révèlent du surscorage de l'échelle de Katz

Pour le cas de Mr D. :

Hormis le fait que les forfaits sont non attestables pour la raison explicitée au point 8.6 (pas de toilette effectuée), il faut faire remarquer que le cas du patient D. est surscoré. Le patient ne répond ni au forfait A et encore moins au forfait B, vu qu'il fait seul sa toilette, s'habille seul, se déplace, va seul aux toilettes, n'est pas incontinent et mange seul.

Pour le cas de Mr E. :

Hormis le fait que les forfaits sont non attestables pour la raison explicitée au point 8.7 (pas de toilette effectuée), le cas du patient est également surscoré. Un Forfait A est attesté depuis le 1/1/2021 jusqu'au 30/9/2022 (données en notre possession) or le patient ne répond pas au forfait A vu qu'il fait seul sa toilette, s'habille seul, se déplace, va seul aux toilettes, n'est pas incontinent et mange seul. Il travaille tous les jours dans son commerce et conduit sa camionnette ou son camion.

1.8.9. Les deux auditions d'assuré mettent en lumière un indice relatif à des prestations infirmières effectuées par un tiers non habilité.

De l'audition de Mr D. le 25/01/2023, il ressort que c'est Mme F., une fille de Mme A., qui soigne le patient :

« Avant, c'était Madame A. en alternance avec sa fille qui effectuait les soins et c'est maintenant uniquement sa fille F.

Je ne sais plus depuis quand c'est Madame F. qui vient exclusivement. Madame A. est malade depuis un bout de temps, elle a un cancer du sein et elle ne vient plus depuis lors ».

Lorsque Mme F. est passée pendant l'audition de l'assuré Monsieur D., elle a indiqué ne pas être infirmière mais aide-soignante.

Selon l'assuré, Mme F. vient exclusivement depuis que Mme A. est malade. Avant d'être malade, Mme A. venait en alternance avec sa fille.

De l'audition de Mr E. le 27/1/2023, il ressort que la fille de Mme A., F., soigne le patient depuis au moins un an ; elle passe 3 ou 4 jours par semaine pour faire 3 pansements pour ulcères de jambe et met de la pommade sur son dos et ses épaules pour son eczéma. Les autres jours, ce sont, selon l'assuré, d'autres infirmières indépendantes. Le service ne peut que s'étonner de voir que les prestations sont facturées à l'assurance obligatoire soins de santé tous les jours au nom de Mme A. (flux eID prestations du 25/6/2020 au 30/9/2022), alors qu'elles sont effectuées par sa fille qui n'est pas infirmière et que les conditions réglementaires pour travailler avec une aide-soignante ne sont pas réunies.

Le service ne peut donc que s'interroger sur la qualification des remplaçantes que Mr E. déclare être des infirmières indépendantes.

M. E. déclare également qu'avant, Mme A. passait en alternance avec sa fille.

2. DISCUSSION

2.1. 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 SSI, 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 hauteur des profils de Mme A. bien qu'elle soit pensionnée depuis 5 ans,
- le fait qu'en 2020, elle était au percentile 99 pour les forfaits C et au percentile 95 pour les forfaits B et qu'en 2021, elle était au-dessus du percentile 99 pour les forfaits B et au percentile 98 pour les forfaits A et C ;
- le pourcentage très important de lecture suspecte (au lieu de lire la carte e-id, est encodée une vignette de mutuelle ou bien est lu le code barre / QR code de la carte d'identité) ;
- le caractère tardif de l'introduction en facturation de certaines prestations ;
- la possible facturation de prestations non effectuées à l'assurance soins de santé ;
- le surscorage de l'état de dépendance physique de certains patients ;
- le recours à un tiers non habilité pour effectuer des prestations infirmières.

2.2. 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 SSI 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

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 Anti-Fraude 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

fraude ne saurait jamais être opposé aux tiers ni aux parties, c'est-à-dire produire aucun effet dont l'auteur pourrait se prévaloir à l'égard d'autrui ou invoquer contre autrui.

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

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

*projets ou intentions de nuire peuvent être mis à charge du contribuable. Il n'est pas davantage requis que l'administration fiscale dispose de faits connus ou de constatations qui peuvent donner lieu à la preuve de la fraude et qu'elle doive l'indiquer dans la notification préalable dès lors qu'il serait contraire à la volonté du législateur de contraindre au préalable l'administration à apporter une preuve de ce qu'elle veut précisément prouver sur la base d'une investigation complémentaire. La notification préalable des indices de fraude fiscale décrits avec précision suffit ainsi, sans que la preuve de la fraude fiscale doive déjà être apportée objectivement. **Ce n'est que lorsque les indices sont imprécis ou sont fondés sur des suppositions vagues ou pas crédibles, qu'il ne peut être conclu à l'existence d'indices de fraude fiscale** »⁷.*

La mesure de l'article 77sexies de la loi SSI 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. Il ne s'agit donc pas d'une sanction au même titre que celles prévues par les articles 142 et suivants de la loi SSI.

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

La Chambre de première instance, juridiction administrative instituée auprès de l'INAMI⁸, a déjà confirmé les indices de fraude retenus dans une décision prise par le Fonctionnaire dirigeant du SECM sur le fondement de l'article 77sexies de la loi SSI concernant une infirmière : percentiles 99 ou 98 pour les forfaits B et C, les soins de plaie et les toilettes, montant des remboursements de l'assurance soins de santé très élevés au regard de l'autorisation de travailler à temps partiel délivrée par le médecin conseil, taux de lecture suspecte de la carte e-ID très important, caractère invraisemblable des prestations facturées à l'assurance soins de santé par rapport au temps nécessaire pour les réaliser.

De même, la Chambre de première instance a pu retenir les indices graves, précis et concordants de fraude dans un cas où des prestations manifestement non effectuées par le dispensateur de soins au nom desquelles elles sont facturées et a considéré que :

« 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 sérieusement⁹).

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)¹⁰.

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 :

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

⁸ https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/jurisprudence_cpi_infirmier_20210311_2.pdf

⁹ V. page 22 de la décision du Fonctionnaire-dirigeant, sous le point 2.2.2.

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

- 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 »¹¹.

La Chambre de première instance a également confirmé, comme étant un indice grave, la hauteur du montant des remboursements de l'assurance obligatoire soins de santé perçus par un dispensateur de soins pendant une année :

« 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. »*

¹¹ CPI, 21/01/2022, FA-002-21, <https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/information-tous/jurisprudence/Pages/decisions-2022.aspx>

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 »¹².*

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 obligatoire soins de santé par Madame A. mais aussi sur des déclarations d'assurés et des données enregistrées au Service des soins de santé de l'INAMI.

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 ; recours à un ou plusieurs tiers non habilités en dehors du cadre réglementaire prévu);
- précis (ces indices sont fondés notamment sur les données de facturation introduites par Madame A. auprès des organismes assureurs, de déclarations d'assurés) ;
- et concordants (ces indices tendent tous à montrer que Mme A. paraît avoir mis en place une ou plusieurs manœuvre(s) pour percevoir des sommes indues de l'assurance obligatoire soins de santé).

Au regard d'une part, des indices de fraude relevés dans le chef de Mme A., et, d'autre part, au regard du fait que les données des organismes assureurs vont devoir être analysées méticuleusement ce qui prend du temps et ce qui déterminera les actes d'enquête qui devront être encore accomplis (comme par exemple le questionnement des témoins ou leur audition), le Fonctionnaire-dirigeant du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI estime que, sur base de l'art. 77sexies de la loi SSI, coordonnée le 14/07/1994, une mesure provisoire de suspension totale des remboursements en tiers payant à Madame A. (N° INAMI : ...) par les organismes assureurs pour une durée de 12 mois doit être prononcée.

¹² CPI, 30/08/2021, FA-011-20, <https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/information-tous/jurisprudence/Pages/decisions-2021.aspx>

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 Madame A. (N° INAMI : ...)
- Ordonne conformément à l'art. 77sexies de la loi SSI 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 Madame A. (n° INAMI : ...)

Ainsi décidé à Bruxelles, le (cf date de signature).

Le Fonctionnaire-dirigeant,