

DECISION DU FONCTIONNAIRE-DIRIGEANT 14 FEVRIER 2017

Numéro de rôle : BRS/F/16-036-art77

Concerne : **Madame A.**

Infirmière

B.

Groupement infirmier

C.

Groupement infirmier

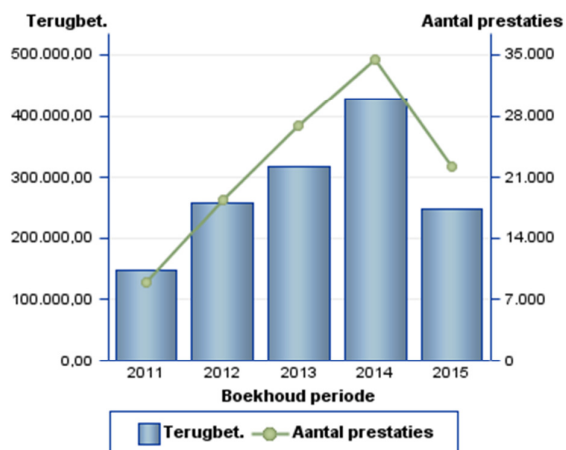
1. EXPOSE DES FAITS

1.1. Données Soins de Santé

1.1.1. Mme A.

A.

Tableau



1.1.2.B.

N° tiers payant: ...
groupe

Nom du groupement : B.
Responsable : Madame A.

Membres transmis au SSS + leur N° INAMI :

Madame A. ...
Madame D. ...
Madame E. ...
Madame F. ...
Madame G. ...

Données Dabrali – 2015

Avenue de Tervuren, 158 • 1150 - Bruxelles • Tél. : 02 739 71 11 • Fax : 02 739 72 91

Heures d'ouverture des bureaux : de 9 à 12 heures et de 13 à 16 heures. Possibilité de rendez-vous.

Erreur ! Source du renvoi introuvable. Erreur ! Source du renvoi introuvable. Erreur ! Source du renvoi introuvable.

.....

1.1.3. Groupement infirmier C.

N° tiers payant: ... <i>groupe</i>

C.

Responsables : Madame A.
Monsieur H.

Membres transmis au Service des soins de santé de l'INAMI + leur N° INAMI :

Madame A.	...
Madame F.	...
Madame I.	...
Madame J.	...
Madame K.	...

Données Dabrali - 2015

.....

1.2. Données BCE

1.2.1. Données BCE relatives à B.

BCE de la Société civile sous forme de société privée à responsabilité limitée B : ... constituée le ...

- Adresse du siège social : ...
- Adresse de l'unité d'établissement : ...
- Gérant : Madame A.

Il est à noter que l'objet social comprend à la fois l'exercice de l'art infirmier et des titres services, ce qui est peu courant mais a déjà été remarqué dans des structures frauduleuses.

1.2.2. Données BCE relatives à C.

BCE de la société à responsabilité limitée C. : ... depuis ...

- Adresse du siège social : ...
- Adresse de l'unité d'établissement : ...
- Gérant : Madame A.

Il est à noter que l'objet social comprend à la fois l'exercice de l'art infirmier et des titres services mais aussi tout une série d'objets sociaux comme le commerce d'objets d'art, d'antiquités, la tenue d'établissements relevant de l'Horeca, artisanat, tapis, vêtements, textiles, bâtiment, parfumerie, etc..., ce qui est peu courant mais a déjà été remarqué dans des structures frauduleuses.

1.3. Données Dimona

1.3.1. Données Dimona de B.

NOM	N°INAMI	IN	OUT	Qualification
Madame L.	-	...	-	?
Madame M.	infirmière
Madame N.	kinésiste
Madame O.	infirmière
Madame J.	infirmière

...

P.		?
Madame Q.		aide soignante
Madame H.		...		

1.3.2. Données DIMONA de C.

NIHIL

1.4. Données OA

1.4.1. Données OA relatives à B.

Facturations du 1 janvier 2015 au 1^{er} juin 2016 pour 303.501,09 EUR (dates d'introduction O.A.)

Uniquement au nom de :

- Madame A. : 193.225,21€
- Madame M. : 110.275,88€

Soins de plaie spécifiques 5,69% du profil total 2015

FB 57,72% du profil total 2015

Total 63,41%

Le montant des remboursements de l'assurance soins de santé perçus par B. au titre des soins imputés à Mme A. est d'autant plus surprenant qu'un autre groupement atteste des soins pour un volume similaire à son nom (groupement C. : pour la même période 175.771,58 € au nom de Mme A.).

1.4.2. Données OA relatives à C.

Facturations du 1^{er} janvier 2015 au 1^{er} juin 2016 pour 175.771,58 EUR (dates d'introduction O.A.)

Uniquement au nom de

- Madame A. : 175.771,58€

Soins de plaie spécifiques 23,56% du profil total 2015

FB 26,91% du profil total 2015

Total 50,47%

1.5. Antécédents

Mme A., les Sociétés C. et B. n'ont pas d'antécédents.

Mme M. n'a pas d'antécédent mais des prestations ont été facturées en utilisant son numéro INAMI à son insu par un de ses anciens employeurs, M. R. qui a fait l'objet de poursuites pénales et de condamnations par le Tribunal correctionnel (dossier E/...).

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

L'analyse des données OA, des deux numéros de tiers payant (B. et C.) démontre un nombre excessif de soins de plaie spécifiques et de forfaits B. Les auditions ont été dirigées dans cette direction.

Sur les plaies spécifiques :

10 patients à soins de plaie spécifiques ont été entendus.

Dans 9 cas, les soins de plaie spécifiques (W 2,9 et 4,350) ne correspondent pas aux critères prévus par l'article 8 §8 – 1° de la NPS et doivent être attestés comme soins de plaie simples (W 1,459 et 2,189) ou complexes (W 1,759 et 2,562).

En plus, dans ces 9 cas, les soins de plaie n'ont pas été effectués à 100%, c'est-à-dire que maximum 10 jours par mois ont été effectués.

Dans 1 cas, les soins, attestés au nom de Mme M., répondent aux conditions de l'article 8, §8 – 1° précité et ont été effectués, mais le médecin prescripteur introduit auprès de l'O.A. est inconnu de la patiente.

3 patients déclarent que les soins ont été donnés par une aide soignante, personne non habilitée.

P.ex. PVA Mme S. : « ... j'ai donc eu 10 injections et une fois des soins de plaie, c'est-à-dire retirer les fils... »

P.ex. PVA Mme T. : « ... Madame Q. est l'infirmière qui est venue donner des piqûres. Je n'ai jamais eu d'autres soins... ». La déclaration est confirmée par une lettre de son médecin traitant.

Conclusion de l'échantillon des assurés auditionnés :

90% des soins de plaie spécifiques ne correspondent pas aux conditions et n'ont pas été effectués.

30% ont été effectués pas une personne non habilitée.

Sur les forfaits :

1 patient T7, 1 patient en forfait A et 7 patients en forfait B ont été entendus.

Tous les états de dépendance physique de ces assurés ont été surscorés. Dans 4 cas de 1 échelon, dans 1 cas de 2 échelons et dans 1 cas de 3 échelons.

Dans 3 cas, le forfait ne pouvait pas être attesté, car il ne correspondait pas à l'article 8 § 5 – 3°a) puisqu'il n'y avait pas eu de toilette.

Dans 4 cas, les soins ont été effectués par des personnes non habilitées.

Le cas T7, la toilette n'a jamais été effectuée. Chez 6 patients, les soins ont été attestés chaque jour, mais n'ont été effectués que 4 à 5 jours par semaine.

P.ex. PVA Mme U. : « ...j'ai une sonde vésicale. Chaque 3 mois la sonde est remplacée par les infirmières. Elles font des rinçages, 2 fois par jour. C'est toujours Madame Q. qui vient. La plupart du temps je me lave et m'habille moi-même sans aide... ».

P.ex. PVA Mme V. : « ...Elle est venue faire des sondages. Elle est venue +/- 3 fois ... je n'ai jamais eu d'autres soins infirmiers que les sondages. Je n'ai jamais eu de toilette... »

Conclusion :

Sur base de l'échantillon examiné, il ressort que :

- Pour tous les assurés, il y a eu surscorage de l'état de dépendance physique et/ou pas de toilette.
- Environ 30% des prestations n'ont pas été effectuées.
- La moitié environ des soins ont été effectués par une personne non habilitée.

Or, au regard des prestations facturées par B. à l'assurance soins de santé sur la période du 01/01/2015 au 30/06/2016 et au regard de l'échantillon décrit ci-dessus, l'indu serait :

- pour les plaies spécifiques, d'un montant de 15.544,78 € ;
- pour les forfaits, d'un montant de 87.560,11 €.

Sur base de l'échantillon décrit ci-dessus, on pourrait donc estimer à 103.104,89 € le montant de l'indu, soit environ 1/3 des remboursements perçus par B. de l'assurance soins de santé.

Au regard des prestations facturées par C. à l'assurance soins de santé sur la période du 01/01/2015 au 30/06/2016 et au regard de l'échantillon décrit ci-dessus, l'indu serait :

- pour les plaies spécifiques, d'un montant de 37.263,19 € ;
- pour les forfaits, d'un montant de 23.645,85 €

Sur base de l'échantillon décrit ci-dessus, on pourrait estimer à 60.909,04 € le montant de l'indu, soit plus du tiers des remboursements perçus par C. de l'assurance soins de santé.

En outre, les noms des personnes ayant effectué les soins chez les assurés qui ont été relevés dans les dossiers infirmiers chez les assurés montrent (pièce n°30) :

- certains n'ont pas de numéro INAMI (...);
- certains ont un numéro INAMI mais ne sont pas inscrits officiellement dans le groupement et/ou n'ont pas de prestations attestées à leur nom pour C. ou B. (Madame O., Madame W., Madame F., Madame G., Madame J.);
- certains aides-soignants ont effectué des soins infirmiers sans qu'une quelconque dérogation n'ait été demandée afin de respecter la réglementation (cf pièces n° 30 et 31) (Van Madame Q., Madame X., Madame Y.).

2. DISCUSSION

Le 27/01/2017 par mail, puis le 30/01/2017 par courrier recommandé, conformément aux formalités prévues par l'article 77*sexies* de la loi ASSI mais en dehors du délai de 15 jours ouvrables fixé par la loi, le SECM a eu connaissance des moyens de défense formulés par le conseil de Mme A., de B. et de C.

Dans ses moyens de défense, Mme A. :

- tente systématiquement de rejeter la faute sur d'autres personnes, en renvoyant soit aux dispensateurs de soins qui ont fait les soins attestés, soit en affirmant que le médecin-conseil avait donné son accord, soit en se retranchant derrière des erreurs d'encodage, soit en mettant en doute la fiabilité des propos des assurés ;
- dit que sa pratique est identique à celle qu'elle a appris de ses précédents employeurs et correspond à ce qu'elle a toujours fait ;
- relie le problème de l'absence de soins attestés au nom des salariés apparaissant sur la DIMONA avec le fait qu'elle doit payer 90€/mois par dispensateur de soins encodé ;
- affirme que les prestations sont toutes effectuées sur base d'une prescription médicale et par une personne habilitée à le faire ;

- indique que le libellé de l'objet des statuts de sa société aurait été conseillé par son comptable à la constitution de la société ;
- affirme que les évaluations d'état de dépendance physique, comme les forfaits sont tous définis avec l'accord du médecin conseil ;
- prétend que la présence de soins de plaies spécifiques en grand nombre serait liée à des erreurs d'encodage ;
- justifie que l'aide soignante, Mme Q., fasse des soins infirmiers au regard de son expérience ;
- procède essentiellement par affirmation en évoquant le cas de chaque assuré.

Le SECM ne peut pas accueillir les moyens de défense de Mme A., de B. et de C. pour les raisons qui suivent.

2.1. Mme A. est dispensatrice de soins et gérante des sociétés B. et C. Elle est responsable des groupements portant les mêmes noms. A ce titre, elle introduit les données de facturation dans son logiciel de facturation ou donne des ordres à une secrétaire pour que ce soit fait.

Le rapport de confiance existant entre les groupements C. et B., les organismes assureurs et l'INAMI repose sur Mme A. qui a fait la demande de constitution de groupement infirmier lui permettant de facturer des prestations à l'assurance soins de santé sous ces numéros de groupement.

Il ne lui est pas possible de tenter de rejeter la faute sur les pratiques qu'elle a vues chez ses employeurs précédents pour se couvrir, nul n'étant censé ignorer la loi.

2.2. Quand elle affirme qu'elle doit payer 90 €/mois par dispensateur de soins au nom desquels elle doit encoder les prestations, ce qui justifierait qu'elle encode ces dernières principalement sous son nom, **elle reconnaît ainsi implicitement savoir qu'elle doit attester les soins au nom du dispensateur qui les a réalisés.** Le SECM note qu'en réalité le dispensateur de soins peut gratuitement encoder au nom de 2 ou 3 dispensateurs de soins et paie pour les dispensateurs de soins supplémentaires.

2.3. Mme A. soutient que tous les forfaits qu'elle a facturés à l'assurance soins de santé et les évaluations des états de dépendance physique qu'elle a effectués auraient été validés par le médecin conseil des organismes assureurs.

Elle ne produit aucun élément en ce sens démontrant un contrôle effectif, pour chaque assuré, du médecin conseil des organismes assureurs concernés.

Surévaluer l'état de dépendance physique des assurés donne lieu à des remboursements en grand nombre de prestations indues par l'assurance soins de santé au profit du dispensateur de soins.

En outre, il est constant que les médecins des organismes assureurs envoient pour chaque assuré un courrier d'acceptation sur base de ce que le dispensateur de soins a déclaré, ce qui n'implique aucun contrôle réel de l'état de l'assuré à ce stade. L'acceptation repose sur le rapport de confiance instauré entre les organismes assureurs et les dispensateurs de soins. Si ultérieurement un contrôle permet de constater une surévaluation de l'état de dépendance physique, l'organisme assureur ou l'INAMI procède à un déclassement (CE, 7^e ch., 03/11/2016, n°236.345).

En matière de surscorage de l'état de dépendance physique, la Chambre de recours a déjà, à plusieurs reprises, constaté cet état de fait :

- « il importe de relever que les médecins traitants des patients, lorsqu'ils prescrivent des soins, ne se prononcent pas en général sur le degré de dépendance de leurs patients. Ce n'est d'autre part pas parce qu'un soin ou des soins se justifient sur le plan médical qu'ils peuvent donner lieu à un remboursement ou à un remboursement à un taux déterminé. (...)

En outre, **les organismes assureurs**, lorsqu'ils reçoivent une demande de remboursement de soins pour un patient présentant un degré de dépendance déterminé, **accordent leur autorisation sur base de la demande établie par le personnel soignant**, en l'occurrence le personnel infirmier et **ne procèdent généralement pas à un contrôle immédiat avant d'accorder l'autorisation**.

Il n'apparaît pas non plus des éléments du dossier que les autorisations ont été données par les organismes assureurs après qu'un contrôle complet et précis ait été effectué quant au degré de dépendance des patients. Ainsi les organismes assureurs, par l'entremise de leurs médecins-conseils ou infirmières-conseils, n'ont pas vérifié auprès des patients le degré de dépendance de ceux-ci mais **ils ont donné les autorisations sur base des demandes rédigées par Madame A.** Il résulte de ces éléments que les autorisations n'ont pas été données suite à un examen des patients par les médecins-conseils des mutuelles.

Il résulte de ces considérations que les autorisations données par les médecins conseils et les mutuelles n'impliquent aucune appréciation sur le fait de savoir si le personnel infirmier a fourni les prestations dans les conditions prévues par la loi et n'impliquent nullement que les prestations fournies donnent droit à un remboursement.

La législation applicable en l'espèce précise bien qu'il appartient au personnel infirmier qui sollicite le remboursement d'une prestation en fonction d'un degré de dépendance de vérifier ce degré de dépendance au vu des critères légaux définis par la législation. Les organismes assureurs n'ont opéré en l'espèce que des contrôles a posteriori, contrôles destinés à vérifier si les demandes de remboursement formulées étaient correctes quant au degré de dépendance physique.

3. Pour établir le degré de dépendance physique, l'INAMI a interrogé et visité les patients, entendu pour trois cas leur médecin traitant et entendu Madame A. sur chaque cas repris à grief. C'est dès lors sur base d'enquêtes précises qu'il a apprécié le degré de dépendance des patients. Les constatations de l'INAMI ne font l'objet d'aucune critique précise de la part des parties appelantes. Elles ne font valoir aucun élément précis et concret qui pourrait mettre en cause l'évaluation faite par le Service de contrôle de l'INAMI quant au degré de dépendance physique.

Au vu de ces considérations, les constatations établies par l'INAMI doivent être considérées comme conformes à la réalité et le grief est établi »¹.

- La Chambre de recours instituée auprès de l'INAMI considère que le grief de surscorage de l'état de dépendance physique peut être établi en retenant les auditions des patients², de sorte que les auditions opérées par l'enquête peuvent valablement constituer un élément probant sur lequel l'INAMI peut se fonder.

¹ Chambre de recours, 27/11/2013, FB-004-12, http://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/jurisprudence_cr_infirmier_20131127.pdf

² Chambre de recours, 03/12/2014, FB-001-13, <http://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/information-tous/jurisprudence/Pages/decisions-2014.aspx#.WCwcOa1TFeX>

- Les éléments avancés par le dispensateur de soins sont souverainement appréciés par la Chambre de recours. En l'occurrence, le dispensateur de soins invoquait l'évaluation faite par la mutuelle et le médecin traitant. La Chambre de recours a écarté, en l'espèce, cet argument³.
- La Chambre de recours apprécie au cas par cas le bien fondé du grief de surscorage de l'état de dépendance physique et les éléments fournis par le dispensateur de soins. En l'occurrence, les griefs sont déclarés établis⁴.

L'INAMI peut donc bien se fonder sur les auditions des assurés pour découvrir un indice de fraude dans le chef d'un dispensateur de soins.

2.4. Sur le très grand nombre de soins de plaie spécifiques, Mme A. concède de possibles erreurs d'encodage liées à la formation qu'elle a reçue. Mme A. tente une nouvelle fois de rejeter la faute sur un tiers mais reconnaît implicitement qu'il y a un problème. Elle est néanmoins responsable de ce qui est facturé à l'assurance soins de santé et doit avoir un comportement adéquat et ne mettant pas en péril les deniers publics (CC, 12/03/2003, N°31/2003, n° rôle 2382). Elle n'apporte aucun élément remettant en cause l'indice de fraude décelé par l'INAMI.

2.5. Sur les toilettes non effectuées ou les soins non effectués, Mme A. procède beaucoup par affirmation générale mais n'apporte aucun élément permettant d'écarter ces indices de fraude dans son chef (non respect par Mme A. de l'art. 1353 du code civil).

Facturer des prestations non effectuées à l'assurance soin de santé est l'infraction la plus grave qui puisse être constatée par l'INAMI à l'égard d'un dispensateur de soins car elle caractérise la rupture du lien de confiance entre l'INAMI, les organismes assureurs et le dispensateur de soins.

D'une part, concernant les toilettes, Mme A. se réfugie derrière une prétendue sénilité des assurés pour discréditer leurs propos recueillis en audition par l'enquêteur. Le Service considère qu'il n'en est rien et rappelle que la jurisprudence admet tout à fait comme élément probant les auditions des assurés concernés ou de leur proche (cf jurisprudence précitée au § 2.3. de la présente décision).

D'autre part, concernant les soins non effectués et facturés à l'assurance soins de santé, Mme A. tente de rejeter la faute sur les prestataires de soins qui travaillent pour ses sociétés, sur l'urgence dans laquelle elle se trouve pour encoder les soins ou encore derrière son épuisement physique et psychologique. Il reste que Mme A. est la seule à encoder les soins, ce qui de manière pratique suppose d'encoder sur base d'une prescription médicale, les dates de début et de fin des soins, puis de décocher la case, si les soins prennent fin avant la fin de la période initialement encodée. Manifestement Mme A. omet de procéder à cette dernière manipulation. La facturation est alors générée automatiquement par le programme. En réponse à ce qu'invoque Mme A. dans ses moyens de défense, si les soins ne sont pas remboursés par l'assurance soins de santé, le patient doit en assumer la prise en charge. Il reste que, sur base des auditions des assurés (cf 1^{ère} partie de la décision) qui montrent que des

³ Chambre de recours, 28/01/2016, FB-007-14, cf p. 5,

http://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/jurisprudence_cr_infirmier_20160128_1.pdf

⁴ CR, 28/01/2016, FB-006-14, cf p. 8,

http://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/jurisprudence_cr_infirmier_20160128_2.pdf
et CR, 17/03/2016, FB-001-10, cf p. 13, <http://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/information-tous/jurisprudence/Pages/decisions-2016.aspx#.WCwpe61TFeX>

soins attestés à leur nom par Mme A. n'ont jamais été effectués, l'INAMI est en droit de considérer qu'il y a des indices de fraude dans le chef de Mme A..

2.6. Mme A. certifie que tous les prestataires auxquels elle fait appel ont un numéro INAMI. L'INAMI ne peut que constater que Mme A., ne respectant pas les règles en matière de facturation (en indiquant qui a réalisé la prestation puisqu'elle se les attribue), ne facilite nullement les opérations de contrôle. En effet, l'enquêteur, en se déplaçant chez les assurés, a relevé les noms figurant dans les dossiers infirmiers et a relevé :

- « ... » sans pouvoir déterminer l'identité exacte de cette personne qui ne figure pas dans les données DIMONA. Mme A. livre l'identité de cette personne dans ses moyens de défense, de sorte qu'il est maintenant possible de constater que cette personne dispose bien d'un numéro INAMI. En revanche, cette personne n'apparaît pas dans les personnes membres des groupements C. ou B. déclarés au Service des soins de santé. Enfin, aucun soin n'a été attesté à son nom sous ces numéros de groupement, de sorte que cela constitue de nouveau une irrégularité préjudiciable à l'assurance soins de santé.
- « P. » sans pouvoir relier avec certitude cette personne à P., nom figurant dans les données DIMONA de B.. Maintenant Mme A. nous parle de Madame Z., effectivement connue sous cette identité au Service des soins de santé de l'INAMI (comme dispensateur de soins ayant un numéro INAMI) mais dont le seul prénom enregistré au Registre national est P., de sorte qu'il n'était pas possible de déterminer avec certitude que ces deux personnes étaient les mêmes. Il reste que Mme A. n'a jamais facturé de soins au nom de Mme Z. et n'a jamais déclaré cette personne comme étant membre du groupement, ce qui constitue un indice de fraude.

L'INAMI s'interroge sur le point de savoir pourquoi dans le cadre des moyens de défense, Mme A. ne produit pas les éléments relatifs à ces personnes qu'elle dit posséder.

Si Mme Z. est en congé depuis plus de deux ans, il reste que son nom figure dans les dossiers infirmiers des assurés visités.

2.7. Concernant les soins effectués par Mme Q., aide-soignante, l'INAMI ne peut que relever que Mme A., dans ses moyens de défense, reconnaît les faits, à savoir que Mme Q. accomplissait des soins infirmiers pour le compte de B. Les soins en question étant des injections, des soins de plaie ou des lavages de vessie, il est normal qu'il n'ait jamais été question d'une éventuelle dérogation à lui octroyer en tant qu'aide-soignante, ces soins ne pouvant en aucun cas faire l'objet d'une telle dérogation et devant impérativement être effectués par un infirmier (Arrêté royal n°78 du 10/11/1967, relatif à l'exercice des professions des soins de santé, art. 21 *sexiesdecies* ; AR 12/01/2006, fixant les activités infirmières qui peuvent être effectuées par des aides-soignants et les conditions dans lesquelles ces aides-soignants peuvent poser ces actes, *M.b.* 03/02/006, art. 2, al. 1 et annexe).

Il s'agit là encore d'un indice de fraude concernant une infraction grave (travail d'un tiers non habilité).

2.8. Concernant les assurés (ou leurs proches) auditionnés en début d'enquête, Mme A., quand elle n'élué pas la question, procède par affirmation et n'apporte pas d'éléments qui permettrait d'écarter les indices de fraude relevés par l'INAMI qui, de son côté, avec l'avancée de l'enquête, a rassemblé des éléments complémentaires

allant dans le sens des auditions auxquelles il était fait référence dans le cadre de la demande de moyens de défense.

2.8.1. Concernant Mme S. et Mme AA', Mme A. indique ne pas connaître l'assuré et dit qu'il faudrait interroger le prestataire qui a fait les soins. Elle ne précise pas quel prestataire a fait les soins. En outre, ce n'est pas parce qu'une prescription médicale mentionne des soins quotidiens qu'ils sont nécessairement réalisés.

2.8.2. Le cas de Mme AB' illustre bien le non-respect de ses obligations légales et réglementaires par Mme A.. Il n'est pas contesté que Mme AB' a reçu pendant une longue période des soins de perfusions et de forfait C. Ces soins ont été administrés à son arrivée d'Afrique en Belgique, alors que l'intéressée ne pouvait pas prétendre à une couverture de l'assurance soins de santé. Or, Mme A. a attendu que Mme AB' soit en ordre de mutuelle pour les facturer à l'assurance soins de santé en indiquant des dates de prestations qui ne correspondaient pas à la réalité de la période de soins. Ils ont, en outre, été attestés pour une durée plus longue que la réalité.

2.8.3. Concernant Mme V., son médecin traitant atteste qu'il n'a jamais prescrit de sondage et que sa patiente s'est rendue à St Luc pour le faire (pièce n°17). Les sondages n'ont manifestement été réalisés à domicile que pour une très courte période. Concernant les toilettes non effectuées, Mme A. ne produit aucun élément permettant de remettre en cause l'indice de fraude dans son chef.

2.8.4. Concernant Mme AC', il s'agit d'un surscorage de l'état de dépendance physique. Mme A. dit ne pas connaître l'assurée mais encode les états de dépendance physique. Il y a manifestement une négligence de sa part.

2.8.5. Concernant Mme AD', Mme A. indique ne pas connaître l'assurée et dit qu'il faudrait interroger le prestataire qui a fait les soins. Ce n'est pas parce qu'une prescription médicale mentionne des toilettes qu'elles ont nécessairement été réalisées. Elle ne produit aucun élément en ce sens.

2.8.6. Concernant Mme U., là encore Mme A. procède par affirmation et l'enquête a permis d'étayer les éléments recueillis par l'INAMI en début d'enquête.

2.8.7. Concernant M. AE', le Service ne remet pas en cause la démence de l'assuré mais se fonde sur l'attestation du fils de l'assuré qui n'est pas dément (cf pièce n°22).

2.8.8. Concernant M. AF', si Mme A. dit être formelle quant à la réalité de l'exécution des soins, il reste que les éléments recueillis depuis dans le cadre de l'enquête montrent le contraire (ils étaient donnés 3 fois par semaine pendant l'hospitalisation de son épouse).

2.8.9. Concernant M. AG', si Mme A. passe tous les jours, l'enquête a bien confirmé qu'elle ne fait les soins que 3 jours par semaine et que, pour le reste, elle passe pour surveillance.

2.8.10. Concernant Mme AH', Mme A. ne produit pas de preuve de son affirmation. Les éléments recueillis pendant l'enquête, tel que le dossier infirmier, confirment les dires de Mme AH'.

Conclusion

Mme A. procède beaucoup par affirmation sans produire aucun document complémentaire. Ses moyens de défense ne permettent pas d'écarter les indices de

fraude relevés par le Service dévaluation et de contrôle médicaux et énoncés ci-dessus.

Il ressort de tous ces éléments que les indices de fraude sont :

- graves (notamment ceux portant sur des prestations non effectuées, prestations effectuées par un tiers non habilité, non-respect répété de ses obligations réglementaires comme, par exemple, facturation des prestations à l'assurance soins de santé sans indiquer le prestataire de soins qui les a réalisées...);
- précis (ces indices sont appuyés sur des faits précis, notamment les auditions des assurés et/ou de leurs proches) ;
- et concordants (ces indices tendent tous à montrer que Mme A., à travers ses groupements B. et C., a mis en place plusieurs types de manœuvres pour percevoir des sommes indues de l'assurance soins de santé).

Vu la gravité des faits et les montants en jeu, 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 ASSI, coordonnée le 14/07/1994, une suspension totale des remboursements en tiers payant à Mme A., à B. et à C. 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 Mme A. (N° INAMI : ...), de B. (N° INAMI : ...) et de C. (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 à Mme A. (N° INAMI : ...), au groupement B. (N° INAMI : ...) et à C. (N° INAMI : ...) pour une période de 12 mois.

Ainsi décidé à Bruxelles, le 14/02/2017

Le Fonctionnaire – dirigeant,

Dr Bernard HEPP
Médecin-directeur général