

**CHAMBRE DE RECOURS**  
**DECISION PRONONCEE LE 10/06/2021**  
**Numéro de rôle FB-004-20**

EN CAUSE DE : Madame A.  
**Infirmière brevetée**  
Représentée par Maître B.

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

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

**Exposé des faits – Antécédents :**

Mme A. travaille exclusivement comme infirmière indépendante au domicile de ses patients.

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

A partir du 01/10/2017 et avec l'arrivée de l'obligation d'identification du patient, l'équipe a créé un Groupement aux soins de santé sous la dénomination F, numéro de tiers payant ..... Madame E. en est responsable et membre.

Le groupement compte deux autres membres : Mme G. et Mme H.

Depuis la création du groupement, chacune pointe ses soins avec sa tablette et son lecteur de carte d'identité. La facturation est ensuite effectuée grâce à la synchronisation des différentes tablettes.

Mme A. a fait l'objet de plusieurs enquêtes du SECM, dont l'une a donné lieu à une décision définitive non contestée du Fonctionnaire-dirigeant et d'autres ont abouti à une condamnation définitive par les juridictions administratives visées à l'article 144, § 1<sup>er</sup> de la loi ASSI.

Par décision du 26 mai 2011, confirmée en appel le 17 janvier 2013, la Chambre de première instance a notamment condamné Mme A. à rembourser un indu 53.119,26 euros après avoir déclaré établis plusieurs griefs dont l'un concernait des prestations

non effectuées liées aux codes de la nomenclature 425375 et 425773, qui concernent des prestations techniques spécifiques de soins infirmiers, à savoir :

- (i) Mise en place et/ou surveillance des perfusions (Intraveineuses ou sous-cutanées) ;
- (ii) Administration et/ou surveillance de l'alimentation parentérale (art 8, § 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup>, III, de la nomenclature).

Ces codes sont également concernés par la mesure de décision de suspension du tiers payant qui est critiquée par le présent recours.

Le 17 décembre 2018, le SECM établissait une fiche de données justifiant une mesure de suspension des paiements du numéro de tiers payant concernant Mme A., infirmière, et ce, conformément à l'article 77sexies de la loi ASSI.

Selon le SECM, il existe actuellement des indices graves, précis et concordants de fraude, qui justifient la suspension des paiements du numéro de tiers payant de Mme A.

Le profil de remboursements annuels de Mme A. par les mutuelles s'élevait entre 111.000 et 123.000 euros entre 2015 et 2017.

Le SECM expose notamment que :

- Dans son audition du 26 juin 2018, Mme A. a déclaré que jusqu'au 1<sup>er</sup> octobre 2017, toutes ses prestations attestées en tiers payant l'étaient au nom de Mme E., car seule cette dernière possédait le numéro de tiers payant.
- Pour 2017, Mme A. a attesté un grand nombre de prestations liées aux deux codes précités (« top 10 » en 2017 et « top 15 » en 2016) ;
- Il existe une forte discordance entre le nombre des prestations litigieuses facturées, d'après les données en provenance des organismes assureurs, et le nombre de perfusions délivrées pour les assurés, suivant l'analyse de la banque de données Pharmanet ;
- 631 prestations techniques spécifiques ont été attestées pour la mère de Mme A. entre mai 2016 et janvier 2018, alors qu'aucune perfusion de NaCl 500 ml n'apparaît pour cette patiente dans les données pharmaceutiques ;
- Mme A. a déclaré le 26 Juin 2018 se fournir en perfusion chez I., ce qui est contredit par le directeur de I., par le listing des ventes à Mme A. et par les factures de I. produites par Mme A. ;
- Mme A. prétendra par la suite ne pas avoir soutenu se fournir chez I. mais bien récupérer des boîtes de perfusion chez des patients décédés ou s'approvisionner auprès d'un ami domicilié en France ;

- Mme A. est en règlement collectif de dettes et n'a pas remboursé les sommes qu'elle a perçues indûment. Son ancienne société (SPRL J.) est en faillite depuis juillet 2011.

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

Mme A. conteste ne pas avoir réalisé les perfusions prescrites par les médecins, expliquant récupérer de nombreuses caisses de perfusions auprès de familles de patients décédés ou auprès d'un ami domicilié en France.

Elle soutient que toutes les prestations facturées ont été réalisées, sans quoi le SECM disposerait de témoignages de patients ou de membres de leur famille, ce qui n'est pas le cas.

Elle explique enfin ne pas facturer aux patients le matériel médical qu'elle achète personnellement.

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

- Le SECM n'a pas manqué à son devoir d'impartialité ni aux droits de la défense, en se référant aux antécédents de Mme A. (qui a, de plus, été condamnée devant le tribunal correctionnel de ... en 2015) et en posant la question d'une possible organisation d'insolvabilité ;
- Se référant aux directives de la commission anti-fraude de l'INAMI (directives du 19 avril 2017), aux travaux préparatoires et à la jurisprudence, le SECM souligne que l'article 77sexies prévoit une mesure de suspension temporaire des paiements par les organismes assureurs, qui ne constitue pas une sanction au même titre que celles prévues par les articles 142 de la loi ASSI ; la fraude en tant que telle ne doit pas être prouvée, mais des indices concordants de fraude doivent être avancés ;
- Il existe des indices de fraude reposant sur des données chiffrées, précises et vérifiables (données des organismes assureurs, données Pharmanet relatives aux perfusions), que Mme A. ne semble pas contester, le SECM ne doit pas avoir diligenté tous les devoirs d'enquête, tels que l'audition de témoins ;
- L'explication relative à la récupération des caisses de perfusion chez des patients décédés ou auprès d'un ami français et à l'achat de matériel non refacturé aux patients, n'est pas étayée et est improbable au vu du nombre de prestations suspectes ;
- Mme A. ne prouve pas que toutes les prestations techniques spécifiques étaient prescrites par un médecin, outre que la prescription d'un soin ne prouve pas qu'il soit nécessairement réalisé par la suite par l'infirmier.

Par ladite décision, le Fonctionnaire-dirigeant ordonnait la suspension totale du tiers payant pour 12 mois concernant Mme A. en application de l'article 77sexies de la loi ASSI.

Par courrier recommandé du 28 mars 2019, Mme A. a introduit un recours contre cette décision auprès de la Chambre de première instance.

Par décision du 18 mai 2020, la Chambre de première instance confirmait la décision du Fonctionnaire dirigeant.

Par requête du 25 juin 2020, Mme A. sollicitait la réformation de la décision de la Chambre de première instance.

Cette requête, régulière dans la forme et dans le temps est recevable, sa recevabilité n'étant d'ailleurs pas contestée.

### **Discussion :**

#### 1) Article 77 sexies loi ASSI – Principes :

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

*« S'il existe des indices graves, précis et concordants de fraude dans le chef d'un dispensateur de soins au sens de l'article 2, n), les paiements par les organismes assureurs à ce dispensateur de soins et/ou à l'entité qui organise la perception des sommes dues par l'assurance obligatoire soins de santé, dans le cadre du régime du tiers payant peuvent être suspendus, totalement ou partiellement, pour une période maximale de 12 mois.*

*Chaque organisme assureur ou assuré social peut communiquer ces indices au Service d'évaluation et de contrôle médicaux, qui peut également agir de sa propre initiative. Si un organisme assureur communique des indices au Service d'évaluation et de contrôle médicaux, il les communique simultanément aux autres organismes assureurs.*

*Le Fonctionnaire-dirigeant du Service d'évaluation et de contrôle médicaux, ou le fonctionnaire désigné par lui, notifie les faits sur lesquels se basent les indices au dispensateur de soins par lettre recommandée, qui est censée être reçue le troisième jour ouvrable après remise aux services de la Poste. Il invite le dispensateur de soins à lui transmettre par lettre recommandée ses moyens de défense dans un délai de quinze jours.*

*Après l'examen des moyens de défense, ou en l'absence de moyens de défense reçus dans le délai imparti, le Fonctionnaire-dirigeant ou le fonctionnaire désigné par lui, prend sa décision. S'il décide de suspendre les paiements, il détermine la durée de la période de suspension. Il détermine également si la suspension est totale ou partielle.*

*La décision exécutoire du Fonctionnaire-dirigeant ou du fonctionnaire désigné par lui, est motivée. Elle est notifiée par lettre recommandée au dispensateur de soins et prend effet, nonobstant appel, le troisième jour ouvrable qui suit celui où le pli a été remis aux services de la Poste. Copie de la décision est simultanément notifiée aux organismes assureurs.*

*Un appel non suspensif peut être formé devant la Chambre de première instance instituée auprès du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'Institut conformément à l'article 144.*

*La suspension prend fin de plein droit si, dans un délai de 12 mois à compter de la décision, aucun procès-verbal de constat n'est établi.*

*Si un procès-verbal de constat est établi, les prestations dont la date se situe durant la période de suspension, ne peuvent être payées par les organismes assureurs dans le régime du tiers payant, jusqu'à la décision définitive sur le fond du dossier. »*

Selon l'article 143 § 5 de la loi ASSI, le Fonctionnaire-dirigeant du Service d'évaluation et de contrôle médicaux, ou le fonctionnaire désigné par lui, prend les décisions dans le cadre de la procédure de suspension des paiements par les organismes assureurs dans le cadre du régime du tiers payant, lorsqu'il existe des indices graves, précis et concordants de fraude, conformément aux dispositions de l'article 77sexies.

Les directives du 19 avril 2017 portant exécution de l'article 13bis, § 2, 6°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et Indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (M.B 15 septembre 2017) définissent les contours de la notion « *d'indices graves, précis et concordants de fraude* » au sens de l'article 77 sexies, alinéa premier de la loi ASSI, tenant compte de l'objectif du législateur d'instaurer une mesure provisoire permettant d'éviter d'éventuels futurs montants indus :

« 1. *Généralités* :

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

*Cette directive vise à définir les contours de la notion d'« indices graves, précis et concordants de fraude » dans le sens de l'article 77sexies, alinéa premier de la loi ASSI. Il ne faut en l'occurrence pas perdre de vue que l'objectif du législateur est d'instaurer une mesure provisoire permettant d'éviter d'éventuels futurs montants indus (Exposé des motifs, Ch. repr., sess. 2013-2014, Doc 53 3349/001, p. 65).*

## *2. Définition des notions :*

### *2.1. La notion d'"indice" :*

*Un indice de fraude est un élément matériel, concret et vérifiable qui permet au Service d'évaluation et de contrôle médicaux (ci-après : « SECM ») de raisonnablement fonder un soupçon de fraude, ce qui est différent d'une preuve. En effet, il serait contraire à la volonté du législateur d'imposer au SECM de prouver au préalable ce qu'il entend précisément établir sur la base d'une instruction complémentaire. Il ne ressort pas du texte de l'article 77sexies de la loi ASSI que le SECM devrait disposer de faits connus ou de constatations qui prouvent la fraude.*

*Les indices ne doivent pas nécessairement apparaître au cours de l'instruction menée par le SECM chez le dispensateur de soins : ils peuvent aussi résulter d'une autre investigation menée par le SECM ou de renseignements reçus par le SECM d'autres services de l'INAMI ou de tiers (un organisme assureur, tout assuré social, les Offices de tarification, tous les services de l'Etat, y compris les parquets et les greffes des cours et de toutes les juridictions, des provinces, des communes, des associations dont elles font partie, des institutions publiques qui en dépendent, ainsi que toutes les institutions publiques et les institutions coopérantes de sécurité sociale, autres personnes privées que celles mentionnées ci-avant...).*

*Les indices dans le chef des dispensateurs de soins peuvent porter sur les attestations de soins donnés et factures introduites qui font l'objet de la procédure de suspension.*

### *2.2. La notion de "grave" :*

*Il doit s'agir de faits graves, comme par exemple une série de prestations non effectuées. Il doit s'agir à chaque fois d'un élément crédible, concret et vérifiable.*

*Des données concrètes concernant une facturation indue importante renforcent la gravité ; cela peut également être le cas pour des séries d'infractions en matière de conformité.*

*Les indices ne doivent pas être des faits prouvés, mais ne peuvent pas non plus reposer sur de vagues suppositions. Ils doivent être suffisamment crédibles. Il doit s'agir à chaque fois d'un élément crédible, concret et vérifiable, mais les éléments matériels et intentionnels de la fraude ne doivent pas être prouvés.*

### *2.3. La notion de "fraude" :*

*Les travaux parlementaires font référence, concernant la notion de "fraude", aux articles 232 et suivants du Code Pénal Social (Chambre, sess. 2013-2014, doc. 53, 3349/001, p. 65, [www.lachambre.be](http://www.lachambre.be)). La "fraude" implique la malveillance, le dol et la malhonnêteté, avec la volonté de causer un dommage ou de se procurer un avantage financier ou d'en procurer un à un tiers et cela au détriment de l'assurance obligatoire de soins de santé (Cass. 3 octobre 1997, Arr. Cass. 1997, 918, Pas. 1997, I, 962. Voir : J. VELU, conclusion pour Cass. 13 juin 1985, Pas. 1985, I, 1300 ; H. DE PAGE, *Traité élémentaire de droit civil belge*, I, p. 72, n° 55.). Il s'agit d'une question de faits. De simples négligences, des erreurs matérielles, des irrégularités commises de bonne foi, etc. ne relèvent pas de cette notion.*

*Les indices de fraude ne doivent pas spécifiquement avoir un lien avec le régime du tiers payant pour que la mesure puisse être appliquée.*

### *2.4. La notion de "précis" :*

*Les indices doivent être précis. Le SECM doit par conséquent être en état d'indiquer d'une façon motivée et précise pourquoi il estime disposer d'indices de fraude dans un dossier concret. Il n'est pas nécessaire que la notification mentionne d'une façon précise de quelles intentions de nuire il s'agit. Il suffit que les indices de fraude soient mentionnés avec précision.*

### *2.5. La notion de "concordant" :*

*Il ne suffit pas que le SECM dispose d'un seul indice grave et précis de fraude pour pouvoir appliquer le mécanisme de l'article 77sexies de la loi AMI. Plusieurs indices non contradictoires doivent être trouvés.*

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

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

### *3. Liste d'exemples :*

*Les exemples suivants peuvent être repris sous la notion d'"indices graves et précis de fraude" :*

- La présentation de documents ou d'écrits comportant une omission, une altération ou des inscriptions fictives en vue d'obtenir un remboursement indu de l'assurance soins de santé ;*
- La présentation de documents ou d'écrits rédigés à l'insu de la personne mentionnée dans le document ;*
- Des infractions identiques ou comparables commises à plusieurs reprises, comme par exemple la facturation des prestations non effectuées, a fortiori lorsqu'un dispensateur de soins a déjà été condamné définitivement par le Fonctionnaire dirigeant du SECM, la Chambre de première instance, la Chambre de recours, par un organe disciplinaire ou par toute autre juridiction ;*
- Le dispensateur de soins n'a pas adapté sa pratique malgré des constatations antérieures faites concernant le même type de prestations ;*
- Le dispensateur de soins organise son insolvabilité dans le but de se soustraire à ses obligations à l'égard de l'assurance soins de santé ;*
- Le dispensateur de soins utilise tout moyen pour contourner une mesure d'interdiction d'application du régime du tiers payant ou une mesure de suspension des paiements dans le cadre du régime du tiers payant ;*
- Les prestations facturées à l'assurance soins de santé paraissent invraisemblables au regard, par exemple, du temps nécessaire pour pouvoir effectuer ces prestations ;*
- Les données de facturation indiquent des cumuls interdits pour un montant important ;*
- Les données concernant une pharmacie dont le SECM dispose font apparaître que, pour un montant important, les mêmes codes-barres uniques ont été lus plusieurs fois ;*
- Des éléments qui portent à croire qu'il existe un accord secret entre dispensateurs de soins ou entre un dispensateur de soins et l'assuré, au détriment de l'assurance soins de santé ;*
- Facturation des mêmes prestations en paiement direct et en tiers payant pour un montant important ;*
- L'entrave au contrôle des documents dont la tenue et la conservation sont prévues par la réglementation. »*



## 2) Application au cas d'espèce :

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

#### 2.1.1) Principes :

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

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

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

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

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

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

### 2.1.2) Application au cas d'espèce :

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

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

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

En l'espèce cependant il a été fait part à Madame A. des reproches qui lui étaient fait par lettre recommandée du 17/12/2018 en lui demandant de faire parvenir ses moyens de défense, ce qu'elle fit par courrier du 31/12/2018.

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

Celui-ci répond de manière idoine aux objections de Madame A. et passe en revue de manière détaillée plusieurs cas de prestations suspectes.

Il convient par ailleurs de relever que devant le Fonctionnaire-dirigeant, Mme A. invoquait non pas le manque d'impartialité de ce dernier mais celui du Service en ce que celui-ci avait décidé d'initier la procédure de l'article 77 sexies de la loi AMI en se référant notamment à des condamnations antérieures de Mme A. par des juridictions administratives.

Dans sa décision le Fonctionnaire-dirigeant a pu relever à juste titre que le Service n'avait pas manqué d'impartialité à l'égard de Mme A. en relevant ces éléments et qu'il avait au contraire omis de citer la décision rendue par le Tribunal de première instance de ... le 15/06/2015 (chambre correctionnelle ... du Parquet) prononçant, en raison de l'écoulement du délai raisonnable, la culpabilité de A. du chef des préventions suivantes :

- « A1 : entre le 01/01/2005 et 31/12/2006, n'étant pas fonctionnaire ou officier public, avoir, avec une intention frauduleuse ou à dessein de nuire, commis des faux en écritures authentiques et publiques, soit par fausses signatures, soit par contrefaçon ou altération d'écritures ou de signatures, soit par fabrication de conventions, dispositions, obligations ou décharges, ou par leur insertion après coup dans les actes, soit par addition ou altération de clauses, de déclarations ou de faits, que ces actes avaient pour objet de recevoir ou de constater, pour avoir notamment rédigé et signé des attestations de soins donnés à la place à l'insu de Mme K. et d'avoir, avec la même intention frauduleuse ou le même dessein de nuire, fait usage desdites fausses pièces sachant qu'elles étaient fausses ;
- B2 : entre le 01/01/2005 et le 31/12/2006, dans le but de s'approprier une chose appartenant à autrui, s'être fait remettre ou délivrer des fonds, meubles,

*obligations, quittances, décharges, en l'espèce une somme de 210.000 euros, au préjudice de l'INAMI, soit en faisant usage de faux noms ou de fausses qualités, soit en employant des manœuvres frauduleuses, pour persuader l'existence de fausses entreprises, d'un pouvoir ou d'un crédit imaginaire, pour faire naître l'espérance ou la crainte d'un succès, d'un accident ou de tout autre événement chimérique, ou pour abuser autrement de la confiance ou de la crédulité ».*

Il s'ensuit que procédure a été respectée, de manière impartiale.

Mme A. a par ailleurs pu faire valoir ses moyens de défense, tant au cours de la procédure administrative proprement dite que devant les juridictions administratives, rien ne permettant de mettre en cause l'impartialité de l'auteur de l'acte, lequel s'est fondé sur les éléments précités pour prendre sa décision.

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

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

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

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

En l'espèce, les indices de fraudes relevés par le SECM reposent notamment sur des données chiffrées précises et vérifiables, à savoir :

- Les données des organismes assureurs, à savoir les profils de Mme A., son classement parmi les dispensateurs de soins attestant les codes de prestations techniques spécifiques de soins infirmiers ou encore les données relatives aux prestations portées en compte de l'assurance soins de santé à son nom ;
- Les données Pharmanet relatives aux perfusions délivrées pour les assurés qui sont concernés par les prestations techniques spécifiques portées en compte de l'assurance soins de santé par Mme A.

Les données objectives fournies par les organismes assureurs et la banque de données Pharmanet mettent ainsi en évidence une forte discordance pour un certain nombre de patients entre, d'une part, le nombre de prestations facturées sous les codes litigieux et, d'autre part, le nombre de perfusions délivrées aux mêmes périodes pour les assurés concernés et notamment les parents de Mme A.

Sont concernées 1029 prestations suspectes dont 631 dans le cas de la mère de Mme A.

A cet égard, le médecin-traitant des parents de Mme A., le Dr L., a déclaré ne pas se souvenir avoir prescrit d'hypodermoclyses et n'a pas de note à leur dossier sur des prescriptions de soins infirmiers (voir pages 17 et 18 des conclusions du SECM), ce qui ne fait que conforter les soupçons de fraude.

Au vu du nombre de prestations introduites au remboursement, il est surprenant que le médecin-traitant ne renseigne pas que ces deux personnes devaient recevoir des soins de perfusion.

Comme le relève le premier juge, il s'agit là d'un indice clair et objectif de non-réalisation des prestations. En effet, *prima facie*, si les perfusions n'ont pas été délivrées aux patients, elles n'ont pas pu être réalisées par l'infirmière.

Cette discordance est d'autant plus inquiétante que Mme A. porte en compte à l'assurance soins de santé, à son nom et via Mme E., un nombre élevé de prestations reprises sous les deux codes litigieux, ce qui laisse craindre un risque de préjudice grave pour l'assurance.

C'est en ce sens que la référence au profil de Mme A. est pertinente ; cette référence ne constitue pas un quelconque signe de partialité. Les termes « top 10 » ou « top 15 » appartiennent au jargon habituel et le classement est établi sur la base de données chiffrées objectives, transmises par les organismes assureurs et sur la déclaration de Mme A. (qui a expliqué que ses prestations étaient attestées au nom de Mme E. sa collègue).

Le reproche que Mme A. fait au SECM de ne disposer d'aucun témoignage des patients et de leurs proches, n'est pas fondé puisque si le Service dispose, lors du lancement d'une procédure 77sexies de la loi AMI d'éléments matériellement vérifiables et concrets, il n'est pas obligé de procéder en sus à l'audition des patients concernés.

Mme A. ne conteste par ailleurs pas les données chiffrées données par le Service tant celles provenant des organismes assureurs que de Pharmanet mais avance diverses explications incohérentes pour justifier ces données.

Elle prétend ainsi, sans produire aucune pièce probante quant à ce, qu'elle récupérerait de nombreuses caisses de perfusions chez les assurés décédés ou qu'un ami français lui en procurait ou encore qu'elle achetait du matériel sans le refacturer à ses assurés.

Ainsi que le relève à juste titre le premier juge, à aucun moment Mme A. n'apporte de commencement de preuve, ni d'informations précises sur les assurés décédés en question ou les quantités qu'elle aurait récupérées de son ami français ou le nombre de perfusions qu'elle aurait achetées sans les refacturer à ses patients.

Outre que ce mode d'approvisionnement soulève des questions évidentes en termes d'importation illicite de médicaments et d'exercice illégal de l'art pharmaceutique,

comportements passibles de sanctions pénales, ces explications ne permettent pas d'expliquer le différentiel considérable des 3 600 perfusions précitées.

En aucun cas les indices de fraude ne pourraient être écartés par l'invocation d'une pratique totalement anormale consistant à se fournir irrégulièrement en perfusions auprès d'un tiers à l'étranger.

Les explications de Mme A. sont par ailleurs contradictoires, celle-ci étant notamment revenues sur ses déclarations recueillies lors de son audition du 26/06/2018, indiquant cette fois qu'elle se fournissait non en perfusions chez I. mais en réalité en trousse de perfusions sans à nouveau que ces nouvelles affirmations ne soient étayées de preuve puisqu'aucun achat de trousse de perfusion n'apparaît non plus sur les factures émanant de chez I. fournies par Madame A. au cours de l'enquête.

Il en est de même de l'explication de Mme A. selon laquelle elle exercerait sa profession en ne facturant pas depuis des années le matériel médical qu'elle achèterait personnellement pour ses patients.

Il ne peut non plus être reproché au Service d'avoir invoqué les antécédents de Mme A. parmi les indices de fraude dès lors d'une part qu'il ne s'agit pas des seuls éléments invoqués et d'autre part qu'il s'agit d'antécédents spécifiques relatifs aux mêmes codes que ceux faisant l'objet de la présente procédure.

L'existence d'antécédents constitue un des indices repris dans les directives précitées de la Commission anti-fraude. Il s'agit d'éléments matériellement vérifiables, crédibles et concrets, puisqu'ils reposent sur des faits qui ont été reconnus établis par décisions des juridictions administratives et couverts par l'autorité de chose jugée.

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

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

L'appel de Mme A. est par conséquent non fondé.

**Par ces motifs,**

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

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

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

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

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

Dit l'appel de Madame A. recevable mais non fondé et l'en déboute.

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

METENS Caroline  
Greffier

MATHIEU Emmanuel  
Président