

**DECISION DU FONCTIONNAIRE-DIRIGEANT 30 OCTOBRE 2019**

Concerne : **Madame A.**  
**Infirmiers gradués et assimilés**  
**BRS/F/19-009/art.77**

## **1. EXPOSE DES FAITS**

### **1.1. Données Soins de Santé**

---

Madame A.

Madame A. tableau n°1 anonymisé.

Madame A. tableau n°2 anonymisé.

Il est à noter concernant ce groupement dont le numéro de tiers payant est ... que le 18/06/2018, Madame A. a rempli un formulaire pour procéder au changement de responsable du groupement à partir du 01/06/2018, à savoir que la SPRL B. qui était responsable du groupement laissait sa place à Mme A. Par la même occasion, la dénomination du groupement a été changée : le groupement SPRL B. est devenu A.. Le numéro BCE n'est plus le ... mais celui de Mme A. comme personne physique ...*(cf annexe 1)*.

Madame A.

Tableau anonymisé.

### **1.2. Données du registre national et de la banque carrefour des entreprises**

---

N° RN titulaire du groupe ou prestataire : ... *(cf annexe 2)*

N° BCE du titulaire : ... *(cf annexe 3)*

N°BCE de la SPRL B. : ... *(cf annexe 4)*

### **1.3. Antécédents liés aux dossiers**

---

#### **1.3.1. Dossier ...**

Dans ce dossier, les griefs portaient sur :

- 846 prestations non effectuées (toilettes, forfait A, forfaits B, prestations techniques de soins infirmiers), à concurrence d'un indu de 7.569,17 €.
- 1.303 prestations non conformes [soins de plaies spécifiques non attestables car compris dans le forfait de dialyse péritonéale (1 patient), surscorage échelle de Katz (3 patients : 2 patients forfait C>forfait B et 1 patient forfait B>forfait A)], à concurrence d'un indu de 18.338,00 €.

L'indu total au titre de ce dossier s'élevait à 25.907,17 €.

Le Fonctionnaire-dirigeant du SECM, dans sa décision en date du 4/5/2017 (*cf annexe n°9*), a déclaré les griefs établis, condamné solidairement Mme A. et la S.P.R.L. B. à rembourser le solde de la valeur des prestations indues et a condamné Mme A. à payer:

- pour les prestations non effectuées, une amende de 150 % du montant des prestations litigieuses (11.353,75 €), dont 100 % en amende effective (soit 7.569,17 €) et 50 % en amende assortie d'un sursis de trois ans (soit 3.784,58 €) ;
- pour les prestations non conformes, une amende de 100 % du montant des prestations litigieuses (18.338 €), dont 50 % en amende effective (soit 9.169 €) et 50 % en amende assortie d'un sursis de trois ans (soit 9.169 €).

Conformément au plan de la réorganisation judiciaire, la SPRL B. devait rembourser un montant mensuel de 231,39 € sur 5 ans pour payer le solde de l'indu.

Mme A. est solidairement tenue au remboursement de l'indu : il lui appartient donc également d'apurer cette dette.

Concernant le paiement des amendes par Mme A., le SECM avait marqué son accord pour un étalement des remboursements sur 24 mois, à raison de 750 € par mois (dernière mensualité de 834,40 €).

Les montants ne sont cependant pas versés chaque mois. Depuis le 10/08/2017, il y a eu 7 versements (2 x 750 € + 5 x 231,39 €), le dernier datant du 04/1/2018.

Le montant total des remboursements dans ce dossier s'élèvent à 14.656.95 €.

Une lettre de rappel du Fonctionnaire dirigeant du SECM concernant l'indu résiduel et l'amende a donc été renvoyée à Madame A. en date du 28/02/2018 ainsi qu'à la SPRL B. concernant le plan homologué par ... en date du 01/03/2018. Ces courriers n'ont été suivis d'aucun effet.

### **1.3.2. Dossier ...**

Les griefs portaient sur 874 prestations non conformes [soins de plaies spécifiques non attestables car étant compris dans le forfait de dialyse péritonéale (2 patients)], à concurrence d'un indu de 6.379,93 €.

Le Fonctionnaire-dirigeant du SECM, dans sa décision en date du 17/11/2017 (*cf annexe n°10*), a déclaré les griefs établis, condamné solidairement Mme A. et la 'S.P.R.L. B. à rembourser la valeur des prestations indues s'élevant à 6.379,93 € et condamné Mme A. à payer une amende de 100 % du montant des prestations litigieuses, soit 6.379,93 euros.

Le plan de réorganisation judiciaire de la SPRL B. homologué par le Tribunal de commerce de ... le 10/05/2017 et transmis par l'avocat le 09/06/2017, visait la somme représentant la valeur des prestations indues (6.379,93 €).

Suivant ce plan de réorganisation judiciaire, il revenait à la SPRL B. de verser à l'INAMI une mensualité de 106,33 €.

Aucun remboursement n'a été effectué dans ce dossier.

Le 28/02/2018, le Fonctionnaire-dirigeant du SECM a adressé un rappel de paiement, d'une part à Madame A., concernant l'intégralité de la somme de l'indu et de l'amende, soit 12.759,86 €, et d'autre part à la SPRL B., concernant l'indu, soit 6.379,93 €. Ces courriers n'ont été suivi d'aucun effet.

### **1.3.3. Dossier ...**

Les griefs reprochés au terme du procès-verbal de constat du 12/02/2018 portaient sur:

- 191 prestations non effectuées (toilettes et forfaits B), à concurrence d'un indu de 2.653,87 € ;
- 3.985 prestations non conformes [absence de dossier infirmier spécifique au patient diabétique, soins de plaies non attestables car prescriptions et/ou dossiers non fournies, tenue du dossier infirmier non réglementaire, prestations techniques spécifiques non attestables car absence de plan de soins, surscorage échelle de Katz (1 patient déclassé de forfait B en forfait A, 2 patients déclassés de forfait B en 7 toilettes)], à concurrence d'un indu de 70.743,17 €.

L'indu total au titre de ce dossier s'élevait à 73.394,17 €.

Aucun remboursement n'a été effectué par Mme A. ou la SPRL B.

Le 06/05/2019, la Chambre de Première instance a été saisie d'une requête du Service afin que les griefs reprochés soient déclarés établis, que Mme A. et la SPRL B. soient condamnées solidairement au paiement de l'indu et que Mme A. soit condamnée à une amende au titre des prestations non effectuées et une amende au titre des prestations non conformes (*pièce n°17*).

\*\*\*

Au terme de ces trois dossiers, Madame A. n'a donc remboursé que 14.656.95 € sur 105.681,27 € d'indu et n'a pas remboursé les amendes au remboursement duquel elle a été condamnée.

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

---

**1.4.1.** Madame A. a un profil d'activités important, à savoir que le volume des remboursements des mutuelles est au-delà de 200.000 € pour 2017. Le SECM a d'ailleurs démarré une enquête thématique pour contrôler les prestataires infirmiers avec de tels profils.

Le profil 2018 s'élève à 150.350,32 euros ce qui reste élevé.

**1.4.2.** Le SECM remarque que la faillite de la SPRL B. est intervenue quelques semaines après la notification du PVC du 12/02/2018 par le SECM.

Au cours du 3<sup>e</sup> trimestre 2018, Madame A. a continué à facturer, à l'assurance soins de santé, une partie de ses prestations sous le numéro de tiers payant ... qui était celui de la SPRL B. (mais, comme exposé au §1, elle a procédé courant juin 2018 à des modifications de composition et de dénomination auprès du Service des soins de santé de l'INAMI: le groupement SPRL B. est devenu le groupement A.).

**1.4.3.** Le 30 avril 2018, Madame A. a signé une convention de collaboration avec Mme D., aide-soignante (*cf annexe n°7 : voir l'annexe 2 du PVA d'audition de Mme D. du 05/04/19*).

Cette aide-soignante a effectué des soins sous le nom de Madame A. du 07/04/18 au 16/07/2018. Madame A. a essayé a posteriori d'obtenir l'intégration de cette aide-soignante dans son groupement en prétendant que les Soins de Santé n'avaient pas répondu à ses mails. Les échanges de mails avec les Soins de Santé sont cependant postérieurs au travail de Madame D.. L'intégralité des échanges avec les Soins de Santé sont au dossier et aucun courriel ne date du mois de mai 2018 (*cf. annexe 8*)

Madame D. avait un numéro de Visa mais pas de numéro INAMI (*cf annexe n°7 : voir l'annexe 1 du PVA d'audition de Mme D. du 05/04/19*).

**1.4.4.** De l'analyse des données de facturation récentes (flux e-id), il ressort que pour les prestations de 2018 (y compris celles introduites aux organismes assureurs en 2019), Mme D. a procédé à 42% de lecture manuelle (type read 4) et 54,5% de lecture suspecte (type read 4 – lecture manuelle- + type read 2 – lecture codes barres-), et seulement 45,5% de type read 1 (lecture de la puce de la carte d'identité du patient).

month_prestation_2018													
type_read	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Grand Total
0		5	3								27	51	78
1	682 84%	804 67%	350 35%	205 30%	427 46%	344 37%	141 23%	161 17%	275 52%	205 39%	351 58%	382 52%	4327 45.5%
2	54 7%	46 4%	36 4%	68 10%	157 17%	121 13%	127 21%	236 25%	53 10%	97 18%	116 19%	82 11%	1193 12.5%
4	77 9%	354 29%	619 61%	405 60%	345 37%	472 50%	343 56%	532 57%	198 38%	225 43%	134 22%	269 37%	3973 42%
<b>Grand Total</b>	<b>813</b>	<b>1204</b>	<b>1008</b>	<b>678</b>	<b>929</b>	<b>937</b>	<b>611</b>	<b>929</b>	<b>526</b>	<b>527</b>	<b>601</b>	<b>733</b>	<b>9496</b>

**1.4.5.** Il semble que Mme A. ait continué à attester des prestations non effectuées, alors que ce grief a déjà été reproché dans les enquêtes précédentes E/... et E/...

**1.4.5.1. Cas de Madame E. (NISS : ...) :**

Un honoraire forfaitaire par journée de soins pour patients lourdement dépendants, en l'occurrence un forfait A (codes 425272 et 425670), a été attesté par Mme A., alors que l'assurée est autonome à l'échelle d'évaluation et prend sa douche seule.

Aucune toilette n'est réalisée et la patiente n'est pas dépendante. Le forfait A ne pouvait pas être porté en compte.

En effet, il ressort de l'audition de l'assurée (*pièce n°11*) et de l'audition de Mme D., aide soignante du 05/04/2019 (*pièce n°7*) l'infirmière passe 2 fois par jour pour mettre et enlever des bas de contention. Il existe un code spécifique pour cet acte mais de valeur nettement moindre de remboursement (honoraires forfait A en semaine au 1/1/2018 : 17,55 EUR contre 2,22 EUR pour les bas de contention).

Sont concernés 3.798,09 euros de Forfait A attestés pour la période du 02/10/2017 au 19/08/2018 (il y a eu un descorage de la mutuelle le 26/09/18).

**1.4.5.2. Cas de Monsieur F., NISS : ... :**

Des soins de plaies complexes et une application de pommade sont attestés par Mme A. alors que ces prestations ne sont pas effectuées.

Il ressort de l'audition de l'assuré en date du 14/09/2018 (*pièce n°12*) ainsi que de celle de Madame G., infirmière, le 04/09/18, que jusqu'en août 2018 (*pièce n°13*), il y avait une prise de tension journalière avec préparation des médicaments qui était réalisée. Ensuite la prise de tension est devenue hebdomadaire avec préparation des médicaments pour la semaine. La prise de tension n'est pas attestable. Uniquement une préparation hebdomadaire des médicaments peut être attestée selon la nomenclature des prestations de santé.

Il s'agit de 1.726,72 euros d'applications de pommade et de soins de plaie simple attestés pour la période du 13/07/2017 au 08/08/2018.

#### **1.4.5.3. Cas Madame H., NISS : ...:**

Il ressort de l'audition de la fille de l'assurée, Mme I. du 14/09/2018 (*cf annexe 14*), que les toilettes ont été stoppées au maximum fin mai 2018, alors qu'un honoraire forfaitaire par journée de soins pour patients lourdement dépendants, en l'occurrence un forfait B (codes 425294-425692), a été attesté en juin 2018. Donc les prestations attestées en juin 2018 n'ont pas été effectuées.

Dans le flux e-id, il s'agit uniquement d'encodage manuel pour la lecture de la carte e-id, durant cette période.

Il s'agit de 561,72 euros de Forfait B attestés pour la période du 05/06/2018 au 18/06/2018.

#### **1.4.5.4. Cas Monsieur J., NISS : .... :**

Mme A. a attesté des codes de Soins de plaie complexe (424351- 424513) et d'application de pommade (codes 424270-424432) alors que ces prestations ne sont pas réalisées.

Il ressort de l'audition de l'épouse de l'assuré, Mme K., en date du 23/08/18 (*pièce n°15*), confirmée par celle de Mme G., infirmière, le 04/09/18 (*pièce n°13*), que l'infirmière donne les médicaments à Monsieur J. et met des gouttes dans ses yeux. Ces prestations ne sont pas prévues par la nomenclature des prestations de santé et ne sont pas remboursées. Aucun code ne peut être attesté.

Il s'agit de 4.527,55 euros de soins de plaie complexe et d'application pommade attestés pour la période du 01/12/16 au 19/08/18.

**1.4.6.** Alors que ce grief a déjà été reproché dans les dossiers précédents (E/... et E/...), il semble que Mme A. continue à facturer à l'assurance soins de santé des prestations non conformes, à savoir qu'elle surscore l'échelle d'évaluation de l'état de dépendance physique.

#### **1.4.6.1. Cas Madame K., NISS : ... : déclassement de forfait A en toilettes simples.**

Un honoraire forfaitaire par journée de soins pour patient lourdement dépendant, en l'occurrence un forfait A, a été attesté par Mme A., alors que l'assurée présente un degré d'autonomie correspondant à 7 toilettes par semaine, ceci sur base de l'audition de Mme K. en date du 23/8/2018 (*pièce n°15*).

Pour obtenir un Forfait A, le patient doit présenter un 3 ou 4 pour le critère Transfert et déplacement et/ou un 3 ou 4 pour le critère aller à la toilette. Mme K. déclare clairement qu'elle n'a pas de problème pour ces 2 critères donc un Forfait A ne peut pas être attesté par Mme A.

Sont concernés 3.974,36 euros de différentiel entre les forfaits B et A pour les prestations attestées durant la période du 02/05/2016 au 19/08/2018. (descorage de la mutuelle à la date du 27/08/18).

#### **1.4.6.2. Cas Madame L., NISS : ... : déclassement de forfait A en toilettes simples.**

Un honoraire forfaitaire par journée de soins pour patient lourdement dépendant, en l'occurrence un forfait A, a été attesté par Mme A., alors que l'assurée présente un degré d'autonomie correspondant à 7 toilettes par semaine sur base de l'audition de Mme L. en date du 23/8/18 (pièce n°16).

Pour obtenir un Forfait A, le patient doit présenter un 3 ou 4 pour le critère Transfert et déplacement et/ou un 3 ou 4 pour le critère aller à la toilette. Mme L. déclare se déplacer avec un gadot, ce qui correspond à un score de 2 ainsi que de ne pas avoir de problème pour aller à la toilette donc un Forfait A ne peut pas être attesté par Mme A.

Sont concernés :

- 518,08 euros de différentiel entre les FA et les toilettes simples pour les prestations attestées durant la période du 16/02/18 au 19/08/18. (déscorage à la mutuelle à la date du 27/08/18).
- 170,96 euros de différentiel entre les FB et les toilettes simples pour les prestations attestées durant la période du 04/07/18 au 09/07/18.

## **2. DISCUSSION**

### **Position de Mme A.**

Le 19/08/2019, le Service d'évaluation et de contrôle médicaux a reçu des moyens de défense de la part de Mme A. dans lesquels sont mis en avant les arguments suivants :

- Elle rembourserait actuellement les sommes dues au titre des dossiers précédents (Elle indique avoir versé 1.000 euros le 10/08/2019).
- Concernant Mme D., les discussions avec le Service des soins de santé de l'INAMI auraient commencé le 19/04/2018, soit avant son embauche le 30/04/2018. Elle aurait utilisé le login de Mme A. le temps d'avoir un numéro INAMI.
- Concernant le scan des vignettes et des cartes d'identité, elle justifie sa pratique afin de pouvoir être payée.
  - o Pour les taux de lecture de vignettes, elle indique que cela est fait quand les patients n'ont pas de carte d'identité électronique ou en ont une sans code barre à l'arrière (elle donne comme exemple Monsieur M. qui aurait perdu sa carte d'identité et n'aurait pas été en état d'aller en faire refaire une).
  - o Elle explique le scan du code à barres de la carte d'identité par le fait que la carte de l'assuré n'aurait pas été en ordre de validité (elle donne, comme exemple, celle de Madame N. qui aurait expiré depuis plus de deux ans, sa fille ayant été en faire faire une en août 2019).

Elle reprend le cas des assurés exposés dans les indices de fraude.

Concernant Mme E., Mme A. dit qu'elle faisait les soins qui ont été attestés et Mme G. aussi. Elle dit qu'elle n'est pas responsable de ce que les autres infirmières auraient pu faire.

Concernant Mme O., Mme A. affirme que la fille de l'assurée qui serait « maniaco-dépressive » aurait menti. Elle n'aurait pas commencé les soins un mois plus tôt du fait qu'une autre infirmière la soignait (Madame P.).

Concernant Monsieur J., le patient a fait plusieurs chutes et donc elle lui faisait souvent des pansements. Elle ne facturait que les pansements, alors qu'elle lui donnait ses médicaments au quotidien et des gouttes dans les yeux. Elle remet en cause l'audition de l'épouse de l'assuré car elle n'aurait jamais été présente pendant les soins comme elle avait fait une thrombose.

Concernant Monsieur F., elle reconnaît avoir facturé un pansement à la place de médicaments et de la prise de tension.

Concernant Madame K., quinze jours après le déclassement de l'INAMI, l'assurée serait repassée en forfait A. Mme A. a néanmoins remboursé, malgré tout, la mutualité neutre.

Concernant Madame L., elle reconnaît le déclassement ; elle indique avoir remboursé la mutualité neutre.

Par ailleurs, elle indique que Mme D. ne faisait pas d'acte infirmier, qu'elle n'aurait pas changé la poche de stomie de Mr Q. mais Mme G. l'aurait fait, que son travail et ses patients étaient contrôlés. Mme A. ajoute que c'est elle qui passait pour la poche de stomie de Mr Q., puis redit que c'était Mme G. qui passait pour la poche.

Mme A. se porte en faux contre ce que Mme D. dit au sujet du fait qu'elle se serait mise en faillite pour ne pas payer l'INAMI. Elle déclare qu'elle ne s'en sortait pas avec les salaires, les charges sociales, les impôts, etc.

Elle semble également répondre aux propos que Mme G. a tenus au cours de son audition.

Mme A. dément avoir toute intention frauduleuse, ne voulant pas mettre toute sa famille dans les difficultés.

Elle propose un plan de paiement pour le règlement des amendes.

Le SECM ne peut accueillir les moyens de défense de Mme A. pour les raisons qui suivent.

**2.1.** Relativement aux paiements des sommes dues au titre des dossiers précédents, dans la mesure où ils sont désormais traités par le SPF Finances, il n'est plus possible de demander à l'INAMI un plan de paiement.

Si Mme A. indique avoir versé 1000 euros en août 2019, il ressort des documents produits par la dispensatrice que cela aurait été payé au SPF Finances, ce dont l'INAMI n'est pas informée pour le moment.

**2.2.** Concernant les lectures de carte E-id, les justifications qu'elle avance ne sont pas recevables.

**2.2.1.** Sur le scan du code à barres de la carte d'identité quand la carte d'identité ne serait pas ordre de validité, le Service tient à rappeler que l'article 32/2 du Règlement 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 juillet 1994, prévoit que le dispensateur de soins vérifie **un titre valide d'identité** (carte d'identité belge, carte d'étranger, document de séjour, attestation de perte ou de vol, carte ISI+).

Cette présentation d'un titre valide d'identité est la condition de l'application du régime du tiers payant (art. 32/3 du Règlement précité). En l'absence de présentation d'un tel titre, le dispensateur de soins doit donc utiliser l'attestation de soins donnés papier prévue pour sa catégorie de dispensateurs.

Ainsi dans l'exemple qu'elle donne de Mme N. dont la carte d'identité n'était plus valable, Mme A. reconnaît avoir appliqué le tiers payant, alors que, du fait de l'absence de validité du titre d'identité, le régime du tiers payant ne pouvait pas être appliqué (art. 32/3 du Règlement précité).

**2.2.2.** Sur le recours à la vignette de mutuelle quand les patients n'auraient pas de carte d'identité électronique ou en aurait une sans code barre à l'arrière (exemple de Monsieur M.), les règles énoncées ci-dessus trouvent également à s'appliquer. Dans le cas de Monsieur M., s'il avait perdu sa carte d'identité, il devait présenter l'attestation de perte dudit document.

En outre, l'absence de code à barres ne concerne pas les cartes d'identité belge (l'apposition d'un code à barres sur la carte d'identité est prévue par l'Arrêté ministériel du 26 mars 2003, déterminant le modèle du document de base en vue de la réalisation de la carte d'identité électronique<sup>1</sup>), mais les cartes d'étranger délivrées aux non belges. Ces cartes présentent néanmoins une puce qui peut être lue à chaque passage.

Enfin, le Service a cherché dans le flux 28 numéros de registre national dans les données flux pour lesquels apparaît dans la rubrique « type read » le code 4, à savoir lecture manuelle, afin de déterminer s'il s'agit de non belges. Il ressort que seulement 3 d'entre eux n'ont pas la nationalité belge et ont donc une carte sans code barre.

Les NISS analysés sont les suivants :

- .... Monsieur R. : belge ;
- .... Madame S. : belge ;
- .... Monsieur T. : belge ;
- .... Madame U. : belge ;
- .... Madame V. : belge ;
- .... Madame W. : belge ;
- .... Monsieur X. : hollandais ;
- ... Madame Y. : belge ;

---

<sup>1</sup> [https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi\\_loi/change\\_lg.pl?language=fr&la=F&cn=2003032632&table\\_name=loi](https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=2003032632&table_name=loi)

- .... Monsieur Z. : belge ;
- .... Madame AA. : belge ;
- .... Madame AB. : belge ;
- .... Madame AC. : belge ;
- .... Monsieur AD. : belge ;
- .... Monsieur AE. : belge ;
- .... Madame AF. : Italienne
- ... Madame AG. : belge ;
- ... Madame AH. : belge ;
- ... Madame AI. : belge ;
- ... Madame AJ. : belge ;
- ... Madame AK. : italienne ;
- ... Madame H. : belge ;
- ... Madame AL. : belge ;
- ... Monsieur J. : belge ;
- ... Monsieur AM : belge ;
- ... Madame K. : belge ;
- ... Madame AN. : belge ;
- ... Madame E. : belge ;
- ... Madame L. : belge.

Dans ces conditions, les explications données par Mme A. relativement à l'absence de lecture dans de très nombreux cas de la puce de la carte d'identité ne peuvent pas être retenues par le Service qui rappelle que la réglementation relative à l'assurance soins de santé est de stricte interprétation et doit être appliquée rigoureusement<sup>2</sup> car les dispensateurs de soins collaborent à un service public, ce qui repose sur un rapport de confiance notamment entre l'INAMI, les organismes assureurs et les dispensateurs de soins<sup>3</sup>.

---

<sup>2</sup> Cass. 20 novembre 2017, c.15.0213.N.

<sup>3</sup> C. arb. 30/10/2001, n°26/2002 ; C. arb. 30/01/2002, n°98/2002 ; C. arb. 12 mars 2003, n°31/2003 ; C. Const. 31/01/2019, n°15/2019

**2.3.** Concernant Mme D. Mme A. reconnaît que l'aide soignante a utilisé son login dans l'attente d'avoir un numéro INAMI.

Mme A. produit un mail du 19/04/2019 envoyé au Service des soins de santé de l'INAMI. Ce mail a pour objet : « demande de num inami pour aide soignante » et semble contenir juste une pièce jointe, à savoir le visa de la santé publique. Mme A. n'avait alors le 19/04/2018 pas formulé de demande d'intégration de cette aide-soignante.

En outre, Mme D. a indiqué dans son audition qu'elle a commencé à faire des soins à partir du 07/04/2018, même si son contrat d'embauche avec Mme A. a été signé le 30/04/2018 (*annexe 7*). Dans ces conditions, Mme D. a bien commencé à travailler pour Mme A. avant que cette dernière n'ait contacté le Service des soins de santé de l'INAMI.

**2.4.** Quant aux cas d'assurés évoqués dans la demande de moyens de défense, le Service répond les éléments qui suivent.

**Concernant Mme E.**, les propos tenus par Mme G., lors de son audition du 04/09/2018, ne vont pas dans le même sens que Mme A. :

*« Madame E. : une toilette le matin, complète (les jambes au lit car besoin de bas de contention) puis le reste à l'évier. Mais il y a des jours où elle prenait sa douche seule. Au début : toilette complète (3-4 mois d'écart) puis à la fin, seulement les bas. Elle aimait prendre sa douche, le matin vers 10 heures.*

*Dame dépressive qui disait qu'elle irait prendre sa douche. Je ne mettais pas les bas quand elle disait qu'elle allait prendre sa douche. Je signalais à Me A. que je n'avais pas fait de toilette, mais je passais quand même la carte.*

*Au début, c'était une toilette au bassin ».*

Les autres infirmières n'y mettaient que les bas de contention

**Concernant M. F.**, Mme A. reconnaît le cas.

**Concernant Mme H.**, l'indice vise les prestations de juin 2018 facturées à l'assurance soins de santé par Madame A. et non les prestations de début de soins. Mme A. ne répond pas à l'indice.

Néanmoins relativement au début des soins par Mme A., le Service n'avait pas formulé d'indices. Il est permis de remarquer qu'il ressort du flux que, pour cette assurée, des soins sont attestés par A. à partir du 21/12/2017 (date de prestations) avec un encodage manuel (type read 4) pour la rubrique lecture de carte. A partir du 01/01/2018, les soins facturés font apparaître des lectures de la puce de la carte e-id, en alternance avec des lectures manuelles notamment.

**Concernant M. J.**, si Madame A. remet en cause les propos tenus par l'épouse de l'assuré en audition, elle n'apporte néanmoins aucune preuve des dossiers soins de plaies complexes ou prescriptions de soins les justifiant, alors que ces éléments sont obligatoires pour pouvoir attester de telles prestations.

**Concernant Mme L.**, Mme A. reconnaît le cas.

**Concernant Mme K.**, Mme A. reconnaît indirectement le cas, puisqu'elle dit avoir remboursé la mutualité neutre directement.

**2.5.** Le SECM considère que les éléments visés dans la fiche « indices de fraude » sont suffisants pour répondre aux exigences de l'art. 77sexies de la loi ASSI, ainsi que 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 définissent les notions d'indices de fraude graves, précis et concordants (M.B., 15 septembre 2017) :

*« 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 induite 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** »<sup>4</sup>.*

Le SECM ne doit dès lors pas prouver, à ce stade, ce qu'il entend démontrer dans le cadre d'une instruction ultérieure. Un indice de fraude sera établi dès lors qu'il existe des éléments matériels, concrets et vérifiables permettant au SECM de raisonnablement fonder un soupçon de fraude. L'article 77sexies n'impose pas au SECM d'apporter des éléments prouvant la faute.

Mme A. soutient qu'elle n'avait pas d'intention frauduleuse.

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 social<sup>5</sup>.

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. »<sup>6</sup>*

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

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

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

<sup>4</sup> 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).

<sup>5</sup> <http://www.dekamer.be/FLWB/pdf/53/3349/53K3349001.pdf>, p. 65

<sup>6</sup> Cass., arrêt du 3 octobre 1997, R.G. C.96.0318.F, Pas., 1997, I, 962.

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. »<sup>7</sup>

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. »<sup>8</sup>

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 »<sup>9</sup>.

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

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

<sup>7</sup>C. trav. Bruxelles (8è ch.), arrêt du 20 novembre 2014, *Chron. D. S.*, liv. 2, p. 83.

<sup>8</sup>C. trav. Mons, arrêt du 2 février 2012, B.I.-I.N.A.M.I, 2012, liv. 1, p. 67.

<sup>9</sup> C.A. Bruxelles, 12.12.2007, Cause 2003/AR/2315

*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. »<sup>10</sup>*

La procédure de l'art. 77sexies de la loi ASSI ne vise pas à prouver l'existence d'une fraude dans le chef de Mme A.

La mesure vise, dans le cadre d'une procédure de contrôle et, au regard de l'existence d'indices de fraude et 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 ASSI.

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 ASSI peut être prononcée.

En l'espèce, les indices de fraude relevés par le SECM reposent sur des éléments concrets (notamment la lecture ou non de la carte d'identité, les prestations facturées à l'assurance soins de santé et les auditions des assurés et/ou de leurs proches).

\*\*\*\*\*

En conclusion, les moyens de défense de Mme A. ne permettent pas d'écarter les indices de fraude relevés par le Service d'évaluation et de contrôle médicaux et énoncés ci-dessus qui reposent bien sur des éléments crédibles, concrets et vérifiables qui constituent des indices graves, précis et concordants de fraude :

- graves (notamment ceux portant sur la lecture manuelle au lieu de la lecture de la puce de la carte d'identité) ;
- précis (ces indices sont appuyés sur des faits précis, notamment les auditions des assurés et/ou des personnes ayant travaillé avec Mme A.);
- et concordants (ces indices tendent tous à montrer que Mme A. semble avoir 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 antécédents de Mme A., 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. (N° INAMI : ...; ... et ...) pour une période maximale de 12 mois est justifiée.

---

<sup>10</sup>Traduction libre – Cass. (1<sup>e</sup> ch.), arrêt du 7 avril 2016, RG. F14.0065.N, *Cour. Fisc.*, liv. 11, p. 666.

**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 : ..., N° de tiers payant de groupe : ... et ...) ;
- Ordonne, conformément à l'article 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 : ..., N° de tiers payant de groupe : ... et ...) pour une période de 12 mois.

Ainsi décidé à Bruxelles,

Le Fonctionnaire – dirigeant f.f.,

Docteur Philip TAVERNIER

Médecin Directeur général, f. f.