

## DECISION FONCTIONNAIRE DIRIGEANT DU 29 JUILLET 2020

Concerne : **Madame A.**

**Infirmiers brevetés + Infirmiers relais en matière de soins de plaie(s)**

**Madame B.**

**Sprl C.**

**BRS/F/20-003/art.77**

### **1. EXPOSE DES FAITS**

#### **1.1. Données Soins de Santé**

##### ***1.1.1. Groupement C. - N° Tiers payant INAMI : ...***

Tableau anonymisé.

##### ***1.1.2. Mme A., N°...***

Tableaux anonymisés

##### ***1.1.3. Mme B. (Mère de Madame A.), membre du groupement, N° Inami ...***

Tableaux anonymisés.

#### **1.2. Données RN + BCE**

La responsable du groupement, Mme A., a le numéro de registre national ... (*pièce n°1*).

Tableau anonymisé.

Mme B., membre du groupement et mère de A. a le numéro de registre national ... (*pièce n°2*).

Tableau anonymisé.

Le numéro BCE de la SPRL C. est le ... (*pièce n°3*).

Adresse du siège : ...

Synthèse :

Sociétés de Mm A. <b>BCE ...</b>			
<i>1 n° entreprise pour 2 unités d'établissement</i>			
<u>Date Création</u>	<u>Dénomination</u>	<u>Activités</u>	<u>Personnel</u>
07/2006	Spri C.	Soins infirmiers à domicile	Pas d'engagement depuis 2008 Travaille avec des indépendants → remboursement des soins via le n° TP
08/2018	D.	Centre de soins de beauté	Mademoiselle E. : étudiante 11/05/2019 au 31/12/2019

Suivant les statuts de la SPRL C., l'objet social est le suivant :

#### 11. Objet social

La société a pour objet .

- la pratique dans les limites des règles de déontologie, de soins infirmiers ou de soins palliatifs, dans toutes leurs applications, entre autres en milieu hospitalier, en milieu psychiatrique, en institution pour handicapés, en maisons de repos, en maison de retraite, en seigneurie, ou de façon itinérante, y compris les techniques connexes actuelles ou futures,

- les activités intéressants le métier d'infirmier,

- l'achat, la vente, la location, la distribution de tous appareils ou produits de soins de santé et accessoires de bien-être et de protection,

- la faculté de recevoir de toutes personnes ou de tous organismes, toutes sommes provenant de la dispense de soins,

- le service de garde pour professions paramédicales,

- l'aide et l'assistance aux malades, handicapés et autres personnes nécessiteuses.

La société peut réaliser son objet en Belgique et à l'étranger, de toutes manières et suivant les modalités qui lui paraîtront les mieux appropriées.

Elle peut en outre faire toutes opérations, financières, mobilières ou immobilières se rapportant directement ou indirectement à son objet social ou pouvant en faciliter l'extension ou le développement.

Elle peut également exercer les fonctions d'administrateur, de gérant ou de liquidateur dans d'autres sociétés.

### 1.3. Données reçues des OA

Les organismes assureurs OA 100, 200, 300, 400, 500, 600 et 900 ont transmis des données au Service d'évaluation et de contrôle médicaux relatives à la facturation de octobre 2016 à mars 2019 introduites sous le N° Tiers payant de C.

<b>Remboursement des soins attestés Via n° TP</b>	
...	SPRL C.
Numéro de compte :	...

En septembre 2019, l'OA 300 a indiqué que les prestations introduites au remboursement de l'assurance soins de santé pour le groupement C. l'étaient pour des soins attribués à Mme B. ou à Mme A. mais pas à F., G., H. ou I. (*pièce n°4*).

### 1.4. Antécédents

Le 04/07/2014, la Chambre de recours a rendu une décision condamnant Mme A. et sa société, ayant perçu les remboursements de l'assurance soins de santé, au remboursement de l'indu (soit

64.135,61 €), condamne Mme A. au paiement d'une amende administrative de 100 euros pour le grief de prestations non effectuées et d'une amende de 150 euros pour le grief de prestations non conformes (tiers non habilité). Ces deux amendes sont assorties d'un sursis de trois ans à hauteur de la moitié (*pièce n°5*).

Suite à la requête en rectification d'erreur matérielle déposée par le Service le 10/10/2014, la chambre de recours a rendu une décision du 28/01/2016 rectifiant le montant de l'indu, le portant de 64.135,61 € à 69.135,61 € (*pièce n°6*).

L'indu a été remboursé intégralement (les 69.135,61 € étaient remboursés le 18/02/2016).

## **1.5. Profils**

### **Dispensateurs avec prestations pour le tiers-payant ... et comptabilisées en 2017**

Tableau anonymisé.

### **Dispensateurs avec prestations pour le tiers-payant ... et comptabilisées en 2018**

Tableau anonymisé.

### **Dispensateurs avec prestations pour le tiers-payant ... et comptabilisées en 2019S1**

Tableau anonymisé.

### **Responsable du groupement infirmier : A.**

Tableaux anonymisés.

### **Membres du groupement C. :**

N°RN de B. ... (Mère de A.)

Tableaux anonymisés.

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

**1.6.1.** Madame A. a un profil d'activités important, à savoir que le volume des remboursements des mutuelles est au-delà des 200.000 euros pour 2017 (206.909,54 €).

Le profil 2018 s'élève à 288.480,63 euros.

Au 1<sup>er</sup> semestre 2019, son profil est de 157.081,91 €, ce qui montre encore une augmentation.

**1.6.2.** D'ailleurs, le SECM constate, dans le profil de Mme A., une augmentation importante des honoraires forfaitaires A, B, C en 2018 par rapport à 2017.

En 2018, Mme A. dépasse le percentile 99 pour les forfaits B et C.

Voir les tableaux ci-dessous :

**Liste récapitulative des prestations (détail Nomen) pour le dispensateur ... et période comptable 2017**

Tableau anonymisé.

**Liste récapitulative des prestations (détail Nomen) pour le dispensateur ... et période comptable 2018**

Tableau anonymisé.

D'après l'analyse des données informatisées transmises et authentifiées par les différents organismes assureurs conformément au prescrit de l'article 138 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, voici ci-dessous un résumé des profils (période de prestations) de Mme A. :

<b>A.</b>					
Prestation		2017		2018	
		Nbr. prest.	Somme	Nbr. prest.	Montant euro
423076	MDC.IM/S-CUT/HYP.DOM	209	397,66	212	395,74
423231	HON.SUIVI#SS.AUT.DOM	39	12,48	30	9,6
423275	MDC.IM/S-C/HYP.WE/JF	68	208,14	47	131,06
423334	HON.SUIV#SS.AU.WE/JF	13	4,16	9	2,88
424336	SOINS PLAIE SIMP.DOM	257	1031,53	241	1145,17
424351	SOINS PLAIE COMP.DOM	88	647,24	9	72,63
424373	SS.PLAIE SPECIF.DOM	37	483,96	13	81,61
424491	SS.PLAIE SIMP.WE/JF	117	723,11	122	828,62
424513	SS.PLAIE COMP.WE/JF	40	433,5	4	47
424535	SS.PLAIE SPEC.WE/JF	16	314,08	8	86,18
425014	PRST.1E.BASE SSJ	1299	4428,98	1253	4274,34
425036	PRST.2E.BASE SSJ	157	404,28	131	386,58
425412	1E.PRST.BASE	575	2721,18	499	2382,73
425434	2E.PRST.BASE	62	234,88	40	154,96
425110	PRST.SS.HYG	1091	5162,69	1180	5558,89
425515	TOILETTES	498	3539,27	474	3392,28
425272	TOT.SOINS FORF.A	1052	15198,68	1368	21803,77
425294	TOT.SOINS FORF.B	2620	82246,53	3205	102013,44
425316	TOT.SOINS FORF.C	568	24216,27	979	43941,5
425670	TOT.SOINS FORF.A	493	10620,39	564	13586,02
425692	TOT.SOINS FORF.B	1178	54978,22	1312	61980,75
425714	TOT.SOINS FORF.C	246	15594,4	386	25785,63
418913	FR.DEPL.INF.1CANTONS	1	1,85	11	20,68
425051	PRST.3E/+BASE SSJ	9	19,08	29	6,51
425213	FECALOME	1	3,29	1	3,35
425611	FECOLOME	2	9,88	1	5,02
428035	VAL.PRES.MULT/PAT.DE	344	206,4	441	269,01
428050	VAL.PRES/P.DEP.WE+JF	155	93	188	114,68
425375	FORF.HON/SS.JOUR	49	1481,76		
425773	FORF.HON/SS.JOUR.WK	22	997,7		
429015	CONS.INF.SNS.DOM	2	50,12		
425456	3/+PRST.BASE			17	0
<b>Total général</b>		<b>11308</b>	<b>226464,71</b>	<b>12774</b>	<b>288480,63</b>

**1.6.3.** Quant à Mme B., mère de Mme A., elle a un profil d'activités de 80.603,17 euros pour l'année 2017. Son profil d'activité s'élève à 43.643,93 euros pour l'année 2018. Au premier semestre 2019, il est également en augmentation significative et s'élève à 84.864,65 €.

**1.6.4.** Le groupement C. de Mme A. ne possède pas d'accord d'équipe structurelle (pièce n°7). Mme A. ne peut donc pas engager des aides-soignantes salariées, ni indépendantes.

Néanmoins, il ressort des déclarations de 2 aides-soignantes, Mme J. auditionnée en date du 19/11/2019 (pièce n°8) et de Mme K. auditionnée en date du 28/11/2019 (pièce n°9) que 90% des prestations facturées à l'assurance soins de santé par le groupement infirmier C. entre janvier 2018 et mai 2019 ont été effectuées par des aides-soignants. Il y a donc une forte présomption que les soins soient effectués par des tiers non habilités.

De plus, Mme K., aide-soignante, déclare effectuer des soins pour la société C. depuis 2014.

Tous les soins sont introduits à la facturation sous le n° de tiers payant du groupement SPRL C.

De plus, en date du 28/11/2019, Mme K. (pièce n°9) déclare :

*« ... Je tiens à rajouter que j'ai prévenu madame A. que j'avais un rendez-vous avec vous. En sachant cela, madame A. m'a conseillé de dire que je travaillais toujours avec elle et que je ne travaillais jamais seule. Madame A. a été en incapacité de novembre 2016 à avril 2017 et donc n'a rien tarifié à son nom à cette période-là. Elle a fait tarifier tous les soins de novembre 2016 à avril 2017 par Madame H. selon les dires de madame A. Elle m'a dit que je devais dire que je n'ai pas travaillé durant cette période. Hors, j'ai bien travaillé durant cette période... »*

Ces déclarations semblent laisser entendre que Mme A. savait très bien que ses aides-soignantes ne pouvaient pas travailler sans la présence d'une infirmière.

Il ressort également des auditions de ces deux aides-soignantes que la SPRL C. organise 2 tournées de soins infirmiers. Les soins de la première tournée sont effectués par Mme K. et par Mme L. et sont attestés sous le n° Inami de Mme B. ; les soins de la 2<sup>ème</sup> tournée sont effectués par Mme J. et sont attestés sous le N°INAMI de Mme A.

**1.6.5.** De l'analyse des données de facturation récentes (flux e-id), il ressort que pour les prestations de 2018, Mme A. a procédé à **15,90** % de lecture suspecte (type read 2 –lecture codes barres + type read 4 – lecture manuelle) et 84,10 % de type read 1 (lecture de la puce de la carte d'identité du patient).

Pour les 2 premiers trimestres 2019, Mme A. a procédé à **20,75** % lecture suspecte (type read 2 –lecture codes barres + type read 4 – lecture manuelle) et 79,25 % de type read 1 (lecture de la puce de la carte d'identité du patient).

De l'analyse des données de facturation récentes (flux e-id), il ressort que pour les prestations de 2018, Mme B. a procédé à **69,94** % de lecture suspecte ( type read 2 –lecture codes barres + type read 4 – lecture manuelle) et 30,06 % de type read 1 (lecture de la puce de la carte d'identité du patient).

Pour les 2 premiers trimestres 2019, Mme B. a procédé à **45,88** % de lecture suspecte ( type read 2 – lecture codes barres + type read 4 – lecture manuelle) et 54,12 % de type read 1 (lecture de la puce de la carte d'identité du patient).

Le taux de lecture suspecte que ce soit des prestations attribuées à Mme A. comme celles attribuées à Mme B., est donc supérieur à 10%, contrairement au prescrit de la réglementation (Règlement des soins de santé du 28/07/2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14/07/1994).

**1.6.6.** Le SECM, à l'occasion du début d'une nouvelle enquête, a pu interroger 14 assurés en date du 14/10/2019. Il en ressort des prestations non effectuées et non conformes (prestations effectuées par des tiers non habilités) s'étalant de janvier 2018 à mai 2019, griefs déjà reprochés dans le contrôle précédent du Service et ayant donné lieu à la décision rendue par la Chambre de recours évoquée ci-dessus.

### **1.6.6.1 Cas de M.**

Il ressort de l'audition de l'assuré (*pièce n°11*) qu'aucun soin d'hygiène n'a été réalisé, alors que des prestations de soins d'hygiène à l'acte ont été attestées tous les jours durant la période de janvier 2018 à mai 2019.

A noter que les critères de dépendance de l'assuré, ne correspondent pas aux critères de l'art. 8, §6 de la NPS, qui auraient permis à l'assuré de pouvoir bénéficier d'un soin d'hygiène (toilettes).

*« ... Mon épouse Madame N., je vous montre sa carte d'identité, n° de carte .... Elle est placée en maison de repos « ... » à la rue ... depuis le mois de juin 2019, avant les vacances. Elle a eu un malaise, a « avalé de travers ». 2 infirmières venaient faire sa toilette tous les jours. Le nom de A. me dit quelque chose : A. est ma petite fille. C'est A. qui est la patronne... Pour moi, l'infirmière n'a jamais pris ma carte d'identité. Celle de mon épouse était rangée sur le meuble de la cuisine. Je n'ai jamais été lavé par une infirmière... ».*

Il s'agirait donc de prestations non effectuées portées en compte de l'assurance soins de santé.

### **1.6.6.2 Cas de Monsieur O.**

Un honoraire forfaitaire par journée de soins pour patients lourdement dépendants, en l'occurrence un forfait B (codes 425294-425692), a été attesté tous les jours durant la période s'étalant de janvier 2018 à mai 2019.

Il ressort de l'audition de l'assuré (*pièce n°12*), que le personnel soignant, en l'occurrence, des aides soignantes, réalisait des soins d'hygiène un jour sur deux.

A noter que les critères de dépendance de l'assuré, conformément à l'art. 8, § 6 de la NPS, auraient permis à l'assuré de pouvoir bénéficier d'un soin d'hygiène (toilettes) mais pas d'honoraires forfaitaires.

De plus, les soins d'hygiènes étaient incomplets.

*« ... Quand c'était l'autre équipe de Madame A., le personnel soignant venait 1 jour sur 2... »*

Il s'agirait donc de prestations non effectuées portées en compte de l'assurance soins de santé puisque le personnel soignant réaliserait les soins d'hygiène un jour sur deux.

Il s'agirait de prestations effectuées par des tiers non habilités pour les jours où des soins d'hygiène sont réalisés, puisque ce sont les aides-soignantes qui les font.

### **1.6.6.3 Cas de Monsieur P.**

Un honoraire forfaitaire par journée de soins pour patients lourdement dépendants, en l'occurrence un forfait B (codes 425294-425692), a été attesté tous les jours durant la période s'étalant de janvier 2018 à mai 2019.

Il ressort de l'audition de l'assuré (*pièce n°13*) que les soins d'hygiène étaient réalisés par des aides soignantes à une fréquence de 2 fois par semaine.

A noter que les critères de dépendance de l'assuré, conformément à l'art. 8, § 6 de la NPS, auraient permis à l'assuré de pouvoir bénéficier de 2 toilettes par semaine, pas le weekend ni un jour férié (NPS art.8, § 6, 3°).

*« ... Des aides soignantes L., K. viennent deux fois par semaine me laver uniquement le dos. Je sais me laver seul à part le dos. Ces soignants viennent depuis 10 ans. A. est la gérante. Elle ne vient jamais me soigner à la maison ; il y a 8 ans qu'elle ne vient plus. Le nom de B. ne me dit rien.... »*

Il s'agirait donc de prestations non effectuées portées en compte de l'assurance soins de santé puisque le personnel soignant réaliserait les soins d'hygiène un jour sur deux.

Il s'agirait de prestations effectuées par des tiers non habilités pour les jours où des soins d'hygiène sont réalisés, puisque ce sont les aides-soignantes qui les font.

**1.6.7.** Enfin, concernant Mme B., il ressort de l'audition de Mme K. que :

*« les patients ne connaissent pas Madame A. et Madame B. Madame B. fait uniquement les soins chez Madame Q. et messieurs R. et S. Je pense que ce monsieur S. se prénomme comme cela ».*

Mme B. ne semble effectuer donc que peu de soins chez les assurés.

Elle est pensionnée et n'est ni reprise en DIMONA, ni reprise comme indépendante (ne serait-ce que complémentaire).

Capture d'écran de la base de données ARZA (base de données des indépendants) :

Tableau anonymisé.

Capture d'écran de la base de données Dolsis (reprenant les salariés enregistrés en Dimona) :

Tableau anonymisé.

Par conséquent, il est légitime pour le Service de s'interroger sur le point de savoir si les soins facturés à l'assurance soins de santé sous son numéro INAMI sont réels et conformes à la nomenclature. Le Service pourrait envisager l'hypothèse que le numéro INAMI de Mme B. soit emprunté par Mme A. pour pouvoir facturer davantage de soins à l'assurance soins de santé.

## **2. DISCUSSION**

Position de Mesdames A. et B. ainsi que de C.

Dans la lettre en date du 9 mars 2020, Mesdames A. et B. ainsi que C. contestent les indices de fraude relevés par le SECM.

Ils commencent par retracer un historique du groupement C. de décembre 2018 à janvier 2020.

Sur base des indices retenus par le Service, ils développent ce que Mme A., Mme B. et le groupement C. entendent par forfait A, B et C. Elle conteste l'évaluation de l'état de dépendance physique opérée par les inspecteurs de l'INAMI, puisque ces derniers n'assistent pas personnellement, comme l'infirmière, aux repas, toilettes, déplacements des assurés concernés et que la patientèle est âgée.

Concernant Mme B., Mme A., Mme B. et le groupement C. mettent en avant le fait qu'elle accomplit ses prestations à titre bénévole.

Concernant l'absence d'accord d'équipe structurelle, elle met en avant qu'entre janvier 2018 et mai 2019, l'équipe se compose de 3 infirmières et d'un infirmier, de sorte qu'ils n'avaient pas besoin de recourir à des aides-soignants.

Concernant l'audition de Mme J., Mme A. soutient que Mme J. aurait donné un faux diplôme pour se faire engager comme infirmière, alors qu'elle est aide-soignante. Elle

considère donc que les déclarations de Mme J. sur l'état de dépendance physique des patients ne sont pas pertinentes puisqu'elle n'était en réalité pas infirmière.

Mme A., Mme B. et le groupement C. demandent la communication des annexes de l'audition de Mme J. qui n'étaient pas jointes au courrier de demande de moyens de défense.

Mme A., Mme B. et le groupement C. considèrent que Mme F. et Mme J. « *se sont rendues coupables d'une captation illicite de clientèle* ». Ils disent que plusieurs patients de C. auraient été démarchés pour se faire soigner par Mme F. et sa nouvelle équipe et que l'image de Mme A. aurait été « *ternie* ».

Mme A., Mme B. et le groupement C. disent que Madame K. n'a jamais effectué des soins infirmiers pour eux mais qu'elle était la confidente de Mme A. Cette dernière, compte tenu de la faillite dont a fait l'objet Mme K. le 23/12/2019, lui aurait prêté son véhicule qu'elle aurait utilisé tant pour ses activités professionnelles que personnelles.

Mme A., Mme B. et le groupement C. demandent la communication des annexes de l'audition de Mme K. qui n'étaient pas jointes au courrier de demande de moyens de défense.

Concernant les auditions de patients entendus par le SECM, ils ne permettent pas de confirmer l'existence de prestations non effectuées ou de prestations réalisées par un tiers non habilité.

Monsieur M. déclare n'avoir jamais été personnellement lavé par une infirmière. Il ne peut que viser des soins qui auraient été accomplis par Madame J. Mme A. se chargeait des soins de son grand père.

Monsieur O. indique avoir besoin de massages de cou et avoir bénéficié de soins infirmiers depuis 2017. Il dit avoir été lavé par l'équipe de Mme A. mais un jour sur deux et maintenant être lavé par une autre infirmière tous les jours, voire deux fois par jour, de sorte que Mme A., Mme B. et le groupement C. mettent en avant que leur groupement passait tous les jours chez ce patient qui en avait besoin et qu'il aurait été manipulé pour stopper les soins reçus de C.

Monsieur P. précise avoir reçu la visite d'aides-soignantes deux fois par semaine pour lui laver le dos depuis dix ans, puis depuis 3 ans. Mme A., Mme B. et le groupement C. considèrent que le témoignage est confus et se demandent comment il peut affirmer « que ces dames ne travaillaient pas en réalité pour madame F. depuis l'époque même où celle-ci travaillait encore au service de la SPRL C. ».

En conclusion, Mme A., Mme B. et le groupement C. trouvent que le dossier du SECM ne démontre pas le recours à des aides-soignantes à la demande de C., de Mme A. ou de Mme B. et donc ils émettent l'hypothèse que ces aides-soignantes aient travaillé pour le compte de Mme F. à titre personnel et non de Mme B.

Ils reviennent également sur la lecture de carte qui implique d'avoir une bonne connexion au réseau internet, ce qui ne serait pas possible dans le village de ... en raison d'une mauvaise connexion au réseau, de sorte que cela justifierait les types de lecture read2 et read 4 et exclurait toute « fraude ».

Dans le courrier en date du 4 juin 2020, le conseil de Mme A., de Mme B. et du groupement C. réagit aux annexes des auditions de Mmes J. et K. communiquées par lettre recommandée du 19 mai 2020.

Concernant le document n°0125 (conversation facebook entre J. et T.), le conseil de Mme A., de Mme B. et de C. relève :

- qu'un seul des deux numéros de téléphone est identifié, qu'il s'agit d'une conversation entre une J. et T. ;
- qu'un extrait doit faire référence à la captation de clientèle dont Mme J. se serait rendue coupable à l'égard de C. et qu'un autre fait état de la captation de 10 patients et menace d'une dénonciation à l'INAMI ;
- qu'il est question de droit à un salaire sans que les prestations ou l'employeur soient identifiables ;
- qu'il est fait état du fait que des patients auraient été manipulés ;
- qu'un autre passage serait confus sur quelqu'un qui aurait travaillé 60 jours sans un jour de congé et à qui on aurait dit qu'elle n'avait travaillé que 15 jours, qui aurait été « viré » sans avoir été prévenu, qui aurait été accusé de se droguer. Cette personne indique disposer de différents éléments prouvant le contraire.
- que Mme A. n'est pas visée dans la plupart des extraits ;
- qu'un autre passage permet de voir que J et K. ne sont pas infirmières, « ce que Mme A. a appris à ses dépens pour ce qui concerne Madame J.» ;
- qu'un autre passage fait état, sans autre précision, d'un groupement d'infirmières, ou encore d'un salaire à payer, ou encore de quelque chose qui regarde A ;
- qu'un autre passage évoquerait C. mais sans critique.

Concernant le document n°0126 (conversation facebook entre A. et J.), le conseil de Mme A., de Mme B. et de C. relève qu'il est difficile d'identifier qu'il s'agit bien d'une conversation entre J. et A., étant impossible de savoir qui est CA. Il émet l'hypothèse que ces conversations aient été trafiquées pour ne produire que certains passages.

Concernant le document n°127 (conversation facebook entre A. et U.), le conseil de Mme A., de Mme B. et de C. relève que rien ne permet d'attribuer les échanges à Mme A., tout au moins dans les réponses. Il considère que la conversation a été montée de toute pièce, les dates ayant été coupées.

Concernant le document n°129 (lettres des patients), Mme A., Mme B. et C. remettent en cause le fait que ces attestations ne répondent pas aux exigences du code judiciaire et ne seraient pas assez précises pour en tirer des conclusions.

En réponse à la lettre de Mme V., Mme A., Mme B. et C. renvoient à leur pièce 11 au terme de laquelle l'assurée dit avoir fait l'objet de manipulations de la part de Mme J., « pour l'inciter à rompre avec Madame A. ».

Au sujet de l'attestation de Mme W. du 5/11/2019, le conseil de Mme A., de Mme B. et de C. relève que l'assurée atteste avoir été bien soignée par J. mais pas par une autre personne dont elle ne donne pas le nom. Au sujet de la 2<sup>nd</sup>e attestation du 11/11/2019, l'assurée indique avoir été harcelée téléphoniquement par K. de la part de la ...

Au sujet des attestations de Mme X., Mme A., de Mme B. et de C. relèvent qu'au terme de la première attestation, l'assurée est heureuse des soins qu'elle reçoit de J. et qu'au terme de la deuxième attestation, elle n'aurait pas été influencée pour suivre J. mais serait harcelée par K. à la demande de A. pour qu'elle reste chez elle, ce qui ne prouve aucune fraude à l'INAMI.

Au sujet de l'attestation cosignée par Mme Y. et M. Z., le conseil de Mme A., de Mme B. et de C. relève que la date relative à l'absence de soins reçus un jour serait illisible et que la multiplicité des signatures ferait perdre au document toute valeur.

Enfin, au sujet du document signé par une série d'assurés relativement aux soins qu'ils auraient reçus exclusivement de Mme J. pendant une certaine période, le conseil de Mme A., de Mme B. et de C. relève que les dates des signatures ne sont pas toutes complétées et la liste ne s'accompagne pas systématiquement d'une signature, ce qui remet en cause la crédibilité à apporter à ce document.

Concernant le document n°0146, Mme A., Mme B., et C. considèrent que la conversation facebook ne permet pas d'identifier entre quelles personnes sont échangés les messages, ni à quelle date, de sorte qu'on ne pourrait rien en déduire.

Il en serait de même pour les messages venant du ....

Concernant le document n°150, c'est-à-dire l'annexe à l'audition de Mme K., Mme A., Mme B. et C. disent que l'échange ne permet pas de tirer une quelconque conclusion et qu'il serait tout à fait imaginable de changer le nom du contact.

Au sujet des extraits de compte montrant des virements de C. vers Mme K., Mme A., Mme B. et C. considèrent qu'ils ne concernent pas la période de contrôle. Ils ajoutent qu'il serait possible, en l'absence de relevés de prestations, de « *conforter l'idée selon laquelle les paiements ont été exécutés à raison de prestations de soins tels que la liste en est déterminée par l'annexe à l'arrêté royal du 12 janvier 2006 fixant les activités d'infirmières qui peuvent être exécutées par des aides-soignantes et les conditions dans lesquelles ces aides-soignantes peuvent poser ces actes* ».

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

## **2.1. Sur la possibilité pour le Service d'évaluation et de contrôle médicaux de réévaluer a posteriori l'état de dépendance physique**

**2.1.1.** Madame A., Madame B. et C. affirment que le Service d'évaluation et de contrôle médicaux ne serait pas à même de réévaluer l'évaluation de l'état de dépendance physique opéré par les infirmiers qui soignent un assuré, ces derniers étant les mieux placés pour connaître l'assuré et tenir compte de la fluctuation de l'état du patient.

**2.1.2.** L'évaluation de l'état de dépendance physique d'un assuré est en premier lieu effectuée par l'infirmier qui le soigne. 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 de cette évaluation repose sur le rapport de confiance instauré entre les organismes assureurs et les dispensateurs de soins, de sorte qu'il est bien prévu par la réglementation que cette évaluation revient prioritairement au dispensateur 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<sup>e</sup> ch., 03/11/2016, n°236.345).

Madame A., Madame B. et C. disent que les inspecteurs sociaux du SECM ne seraient pas compétents pour apprécier le degré de dépendance physique des assurés. D'une part, les contrôleurs ont pu exercer par le passé dans le privé et avoir une patientèle propre. D'autre part, il s'agit d'une mission pour laquelle l'Etat les envoie et pour laquelle ils sont formés. Enfin, ils ne procèdent pas systématiquement à des déclassements, comme le montre la farde « cas non retenus » des dossiers de pièces, une fois l'enquête terminée, ce qui montre bien le sérieux du travail effectué par l'enquêteur et de sa prise en compte des circonstances entourant chaque cas d'espèce.

Les contrôles sont diligentés le plus souvent dans les cas où il y a des suspicions de surscorage, le Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI pouvant intervenir notamment de sa propre initiative ou sur signalement des organismes assureurs, ce qui intervient, le plus souvent, dans les cas les plus significatifs.

Enfin, les évaluations de l'état de dépendance physique des assurés par les inspecteurs sociaux du SECM se font sur base non seulement des déclarations des assurés et/ou de leurs proches, mais également sur base des constatations de visu auxquelles l'inspecteur social procède lors de la visite pour audition de l'assuré, ce qui donne déjà un bon aperçu d'ensemble.

**2.1.3.** Amenée à se prononcer sur l'évaluation de dépendance physique à laquelle procèdent les inspecteurs sociaux du SECM, la Chambre de recours instituée auprès de l'INAMI a déjà été appelée à décider que :

- *« Il appartient à la présente Chambre d'apprécier la valeur probante des preuves et éléments de preuve retenus par l'INAMI et de vérifier si ces éléments établissent à suffisance les griefs relevés »<sup>1</sup>.*

En l'espèce, la Chambre de recours retient le grief de surscorage de l'échelle de Katz sur la base des éléments présentés par l'INAMI.

- *« 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*

---

<sup>1</sup> Chambre de recours, 05/07/2013, FB-007-12,  
[http://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/jurisprudence\\_cr\\_infirmier\\_20130705.pdf](http://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/jurisprudence_cr_infirmier_20130705.pdf)

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 »<sup>2</sup>.

- La Chambre de recours considère que le grief de surscorage de l'état de dépendance physique est établi en retenant les auditions des patients dans le dossier<sup>3</sup>.
- 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 écarte cet argument<sup>4</sup>.
- 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 établis<sup>5</sup>.

---

<sup>2</sup> Chambre de recours, 27/11/2013, FB-004-12

[http://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/jurisprudence\\_cr\\_infirmier\\_20131127.pdf](http://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/jurisprudence_cr_infirmier_20131127.pdf)

<sup>3</sup> Chambre de recours, 03/12/2014, FB-001-

13, <http://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/information-tous/jurisprudence/Pages/decisions-2014.aspx#.WCwcOa1TFeX>

<sup>4</sup> Chambre de recours, 28/01/2016, FB-007-14, cf p. 5,

[http://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/jurisprudence\\_cr\\_infirmier\\_20160128\\_1.pdf](http://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/jurisprudence_cr_infirmier_20160128_1.pdf)

<sup>5</sup> CR, 28/01/2016, FB-006-14, cf p. 8,

[http://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/jurisprudence\\_cr\\_infirmier\\_20160128\\_2.pdf](http://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/jurisprudence_cr_infirmier_20160128_2.pdf)

- 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 établis<sup>6</sup>.

Dans ces conditions, le Service est bien habilité à procéder à l'évaluation de l'état de dépendance physique des assurés et, le cas échéant, au descorage de l'échelle de Katz.

## **2.2. Sur le « volontariat » de Madame B.**

Mme A., Mme B. et C. prétendent que Mme B. exerce à titre bénévole.

En annexe des moyens de défense, sont communiqués son certificat d'immatriculation et un mandat pour facturer donné à C. SPRL datant de 2007, ainsi qu'une déclaration de Mme B. indiquant travailler comme « *volontaire* » « *envers C. SPRL en fonction de mes disponibilités et envies personnelles* ».

D'une part, si Mme B. n'a jamais été salariée de C. et n'a jamais été répertoriée comme travailleur indépendant à l'INASTI, le volontariat ne paraît être possible qu'avec une association<sup>7</sup>. C. n'est pas une association mais une SPRL. Le caractère non lucratif de la SPRL C. est difficilement soutenable.

D'autre part, peut également se poser la question de savoir si lorsque l'on génère autant de remboursements de l'assurance soins de santé au profit d'une SPRL (en 2017, 103.454,56 € de remboursements de l'assurance soins de santé pour des soins attribués à Mme B. ; au premier semestre 2019, 84.684,65 € et pour l'année 2019 (en entier) : 226.558, 65 €), l'activité ne devrait pas être exécutée sous un contrat de travail ou sous un statut d'indépendant.

Enfin, il est surprenant que les assurés ne la connaissent pas, alors que les soins sont dispensés (cf pièce n°11 : Monsieur M. indique ne plus l'avoir vue depuis la mort de son fils, soit en mai 2001 ; pièce n°12 : M. O. indique ne pas se souvenir du prénom de B. ; pièce n°13 : M. P. a déclaré que le prénom de B. ne lui disait rien).

Dans ces conditions, les moyens de défense sur le statut de Mme B. ne peuvent pas être retenus.

## **2.3. Sur la portée des auditions menées par les inspecteurs sociaux de l'INAMI et les attestations recueillies par la suite par le dispensateur de soins**

Mme A., Mme B. et C. tentent de jeter un voile de discrédit sur l'enquête menée par le SECM et notamment sur les auditions de Mme J., Mme K. et les auditions des assurés.

**2.3.1.** Le personnel d'inspection du SECM tire sa compétence dans la loi, son personnel étant chargé entre autre de :

*« 3° de contrôler les prestations de l'assurance soins de santé sur le plan de la réalité et de la conformité aux dispositions de la présente loi, de ses arrêtés et règlements d'exécution et des conventions et accords conclus en vertu de cette même loi ».* (Loi ASSI coordonnée le 14/07/1994, art. 139).

<sup>6</sup> 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>

<sup>7</sup> Loi du 3 juillet 2005 relative aux droits des volontaires, art. 4

Ils sont inspecteurs sociaux au sens du Code pénal social (Loi ASSI coordonnée le 14/07/1994, art. 146, §1) et doivent donc exercer leur mission dans le respect des principes de finalité et de proportionnalité (Code pénal social, art. 18 et 19). Auditionner des personnes est une des prérogatives d'un inspecteur social (Code pénal social, art. 27).

Deux inspecteurs, avec des styles différents, ont procédé aux auditions : les inspecteurs sociaux AA. et AB.

**2.3.2.** Les auditions réalisées par les enquêteurs du SECM le sont par une autorité assermentée, telle que prévue par la loi et la réglementation prise en exécution de la loi sur l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (art. 146, § 1<sup>er</sup>, 169 et 175 de la loi coordonnée le 14-07-1994 – art. 330 de l'AR du 03-07-1996 portant exécution de la loi coordonnée).

Ces auditions sont menées *in tempore non suspecto* selon les règles légales ou réglementaires (respect du Code pénal social, plus particulièrement dans ses articles 62 et 63) et dans les limites prévues par la loi coordonnée le 14-07-1994 pour investiguer de la sorte (art. 139 de la loi coordonnée).

Les auditions des assurés se sont tenues de manière rapprochée dans le temps (14 octobre 2019), afin de s'assurer de la fiabilité des propos recueillis et donc d'éviter l'influence de tiers, notamment des dispensateurs de soins, sur les témoignages recueillis.

Ensuite, les bénéficiaires sélectionnés par le SECM dans la patientèle de Madame A., sur base des données authentifiées des organismes assureurs, ont été auditionnés par plusieurs inspecteurs sociaux du SECM en une seule journée, sans le moindre incident.

De plus, aucun d'entre eux n'a contacté ultérieurement le SECM par quelque moyen que ce soit pour revenir sur ses déclarations.

En revanche, lorsqu'un dispensateur de soins procède ou fait procéder à un interrogatoire des assurés sociaux qui sont ses propres patients, il n'est pas légitimé par la loi sur l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités pour le faire ; il procède de la sorte *in tempore suspecto* et le caractère d'impartialité n'est dès lors pas garanti en ce qui concerne la contre-enquête menée.

Dans un dossier où le médecin concerné par l'enquête avait produit des contre-déclarations de bénéficiaires réalisées par un huissier de justice, la Chambre de 1<sup>e</sup> instance a décidé en date du 28-01-2011 (*Décision de la CPI, n° de rôle FA-008-09*) :

« (...) Par ailleurs, les quelques pièces produites par Monsieur P.M., soit un procès-verbal de constat d'huissier de justice et des lettres de certains assurés, ne sont pas probantes : outre le fait qu'elles sont tardives, datant de 2009 alors que les faits remontent à 2005-2006, **les conditions dans lesquelles elles ont été dressées demeurent inconnues, en manière telle que les assurés ont pu être influencés**, d'autant qu'il s'agit de patients fragilisés et marginaux (selon les dires de Monsieur P. M.. (...)) »

La Chambre de recours, dans le même dossier a confirmé la décision de la CPI de la manière suivante en date du 17-01-2013 (p. 9 à 11)<sup>8</sup>:

---

<sup>8</sup> [http://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/jurisprudence\\_cr\\_medecin\\_20130117.pdf](http://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/jurisprudence_cr_medecin_20130117.pdf)

« (...) En ce qui concerne le procès-verbal d'huissier et les écrits produits par l'appelant au principal, ils doivent être tout d'abord envisagés en fonction de la force probante qui s'attache aux procès-verbaux d'audition rédigés par le médecin-inspecteur.

**Il est de règle que les procès-verbaux d'audition ne lient pas le juge et celui-ci apprécie souverainement leur force probante ; les déclarations contenues dans ces procès-verbaux n'ont que la valeur qui leur est reconnue par le droit commun de la preuve .**

Dès lors que l'appelant au principal a pris l'initiative d'une contre-enquête en faisant interroger par un huissier de justice des personnes déjà entendues par le médecin-inspecteur et en demandant à ces mêmes personnes un témoignage écrit, il y a lieu de déterminer quels sont parmi les éléments produits ceux dont la force probante doit être privilégiée.

**Dans cet exercice il faut tenir compte tout d'abord de ce que le médecin-inspecteur du Service est un agent assermenté (voy. art. 175 loi coordonnée du 14 juillet 1994 et art. 330 de l'A.R. d'exécution), ce qui signifie qu'il a pris l'engagement solennel d'exercer correctement la mission qui lui est confiée ; cette assermentation permet de présumer que le contenu des procès-verbaux d'audition qu'il dresse est conforme aux déclarations recueillies et que la méthode utilisée à cette fin est exempte de reproches. Il s'agit d'une présomption de l'homme, certes réfragable.**

Il faut ensuite prendre en considération quelques particularités de la cause :

- le constat d'huissier a été dressé à **la demande de l'appelant** au principal après le début du litige ; les personnes interrogées par l'huissier ont été informées par l'huissier de l'existence du litige entre leur médecin-traitant et l'INAMI ; (...)
- si l'huissier de justice a décliné à chaque personne interrogée sa mission, il n'a pas mis en œuvre d'autre moyen permettant de garantir la loyauté dans l'administration de la preuve, contrairement au médecin-inspecteur (...);
- les déclarations transcrites dans les procès-verbaux d'audition sont beaucoup plus précises que celles reprises dans le constat d'huissier ;
- s'il a été plaidé que les personnes entendues ne pouvaient qu'être impressionnées par le médecin-inspecteur (ce que ce dernier a d'ailleurs acté concernant la dame C.) en sorte que leurs déclarations ont pu être faussées, force est de considérer que la visite d'un huissier de justice a pu ne pas être moins impressionnante ;
- dans le cas d'espèce, parmi les trois déclarations recueillies par l'huissier de justice une seule contient des éléments divergents de celle transcrite dans un procès-verbal d'audition (...);
- **les témoignages écrits déposés par l'appelant au principal ont été établis in tempore suspecto, soit après le début du litige entre le docteur M. et l'INAMI ; ils ne sont pas spontanés** et ont été sollicités, comme l'indique d'ailleurs la dame T. : « Il m'a fait part des ennuis qu'il a en ce moment » ; de même la fille de la dame D. écrit : « le docteur M. me fait part des ennuis qu'il a avec l'INAMI à la suite d'une enquête menée par un représentant » ; au passage on relève une similitude suspecte dans la façon d'exprimer le contexte énoncé par le docteur M.(...) ;
- à nouveau, force est de constater que **l'on ne dispose d'aucune garantie de ce que ces témoignages écrits ont été recueillis avec toute l'objectivité et la retenue requises** (...);

- certaines déclarations sont écrites par des personnes fort proches du docteur M., donc ne sont pas fiables (déclaration de la dame V. précitée et du conjoint du docteur M.).

*Il résulte de ces observations que, aux yeux de la présente chambre, les procès-verbaux d'audition rédigés par le médecin-inspecteur, assermenté, et qui bénéficient des garanties de loyauté dans l'administration de la preuve, ont une force probante supérieure aux pièces déposées par l'appelant au principal. (...) »*

De même, dans un autre contexte, la Chambre de recours, le 19/01/2012 (n° de rôle FB-017-07)<sup>9</sup> a écarté ce type d'attestations :

*« Le Comité ne peut donc que se montrer particulièrement circonspect face à ces attestations qui lui ont été communiquées à l'occasion de l'audition de Madame C., soit **plusieurs années après que se sont déroulés les faits et l'enquête en cause.** De plus, ces attestations ont été **recueillies à l'initiative de Mme C. elle-même. Plusieurs de celles-ci ont été manifestement dactylographiées par ses soins pour être ensuite soumises à la signature des destinataires.***

*Ces attestations ne permettent pas de remettre en cause les constats opérés par le Service d'évaluation et de contrôle médicaux. La plupart de ces attestations tendent d'ailleurs uniquement à souligner la conscience professionnelle de Mme C. et sont fort éloignées de l'objet de la présente procédure.*

*(...) concernant la forme de ces attestations et la date de leur rédaction :*

*plusieurs de ces attestations ont été dactylographiées pour être ensuite soumises à la signature des membres du personnel.*

*Le contenu même de ces attestations est **suspect car il a été écrit par l'appelante ou sollicité par elle.***

*Ensuite, la belle unanimité dont font preuve les signataires plusieurs années après les faits, bat en brèche la thèse du règlement de compte qui sert à discréditer la valeur des propos recueillis pendant l'enquête.*

*Dans sa requête, l'appelante s'interroge aussi sur « l'intérêt de ceux-ci (personnel soignant et sœurs du couvent-ajouté par le concluant) à rédiger des attestations non conformes à la réalité ? »*

*La question soulevée par l'appelante est des plus pertinentes.*

***Quel intérêt ces mêmes personnes auraient-elles eu à faire aux inspecteurs de l'INAMI (in tempore non suspecto) des déclarations non conformes à la réalité ?***

*Pour répondre concrètement à la question de l'appelante, pas par le biais d'une autre question, il est facile de développer plusieurs thèses qui expliqueraient pourquoi les auteurs de ces nouvelles attestations auraient eu intérêt à rédiger des attestations contredisant leurs premières déclarations des années plus tard.*

*On pourrait penser :*

- *par exemple à la volonté de tirer d'un mauvais pas une ancienne collègue qu'on a mis dans l'embarras sans s'en rendre compte en révélant la manière de travailler au sein du couvent ;*

---

<sup>9</sup> [http://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/jurisprudence\\_cr\\_infirmier\\_20120119.pdf](http://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/jurisprudence_cr_infirmier_20120119.pdf)

- plus simplement encore à la volonté de faire plaisir à une ancienne collègue ;

- (...);

- à un renoncement destiné à être quitte des sollicitations de l'appelante pour obtenir ces signatures ou ces attestations.

*On pourrait encore allonger cette liste mais cela n'est pas nécessaire.*

*On se contentera d'affirmer que toutes ces attestations tardives sont éminemment suspectes et manifestement rédigées pour les besoins de la cause. »*

Si les attestations produites par Madame A., Mme B. et C. ne sont pas dactylographiées, comme dans l'espèce de cette dernière décision citée ci-dessus, il reste qu'elles peuvent susciter un certain nombre de critiques.

Ces éléments ont été recueillis postérieurement aux auditions d'assurés auxquelles le Service a procédé le 14/10/2019 (éléments produits par Mme A., Mme B. et C. datent soit de décembre 2019, soit de mars 2020). A ce propos, Mme A., Mme B. et C. qui semblent laisser entendre que l'enquête serait liée à une plainte de Mme J. sont manifestement dans l'erreur puisque les assurés auditionnés l'ont été le 14/10/2019.

Ils semblent davantage avoir été recueillies dans l'optique d'une action en justice de Mme A. contre Mme F.

La pièce n°9 est très difficile à déchiffrer et il est compliqué de percevoir le sens de ce que l'auteur a voulu dire. Il semble que les deux signatures en bas du document sont écrites par la même personne.

Le Service relève que, pour Madame AC. (*pièce de Mme A. n°10*), l'attestation ne contient pas les mentions relatives à la production en justice, ni la copie de la carte d'identité de l'assurée. Elle parle essentiellement de Mme F., de sorte qu'il est difficile de faire un lien avec la demande de moyens de défense faite à Mme A., Mme B. et C.

Enfin, la pièce n°11 ne comprend pas de verso... donc il n'est pas possible de savoir ce que Mme V. a voulu attester. En outre, selon Mme J., il s'agit d'une patiente « psy » de sorte que ses déclarations semblent devoir être prises avec précaution.

**2.3.3.** Mme A., Mme B. et C. considèrent que « *le contenu des auditions des patients entendus par le SECM ne permettent pas de confirmer l'existence de prestations non effectuées ou de prestations réalisées par un tiers non habilité* ».

**2.3.3.1.** Contrairement à ce que prétendent Mme A., Mme B. et C., l'audition de M. M. est très claire sur le fait qu'il n'a pas été lavé puisqu'il déclare :

*« je n'ai jamais été lavé par une infirmière ».*

En outre, à plusieurs reprises dans l'audition, il évoque le fait que sa petite fille A. était gérante de la structure et ne faisait pas les soins.

Concernant la lecture de la carte d'identité de M. M., le flux montre qu'il s'agit non d'une lecture de puce, mais du scan du code barre, ce qui peut se faire sur base d'une simple photo de la carte d'identité.

Mme A. ne procède que par affirmations sans apporter le moindre commencement de preuve à son affirmation.

Dans ces conditions, le témoignage de Monsieur M. est tout à fait précis et peut servir de base au Service pour retenir comme indice que les prestations de toilettes facturées au nom de cet assuré n'ont pas été effectuées.

**2.3.3.2.** Concernant l'audition de Monsieur O., ce dernier identifie clairement la période où il était soigné par l'équipe de Mme A. et celle où il est soigné par Mme AD.

Contrairement à ce que soutiennent Mme A., Mme B. et C. dans leurs moyens de défense, ce n'est pas parce que quelqu'un a actuellement besoin du passage d'une infirmière tous les jours qu'il en avait également besoin en 2018-2019.

Il indique à plusieurs reprises que l'équipe de A. passait un jour sur deux, sauf au moment de son embolie pulmonaire, soit quelques mois.

Il donne aux enquêteurs le prénom de K. avec son numéro de gsm en indiquant qu'elle faisait partie de celles de l'équipe de A. qui passaient.

Contrairement à ce qu'indiquent Mme A., Mme B. et C. dans leurs moyens de défense, la lecture de puce e-id n'était pas le seul mode de lecture de la carte e-id pour ce patient. Il y avait également des lectures de codes barres notamment à partir d'octobre 2018, ce qui peut se faire sur base d'une photo de la carte d'identité (et donc sans passage).

Enfin, l'assuré sait peut être qu'elles sont aides-soignantes car elles ont refusé de faire les injections qu'il leur demandait : elles ont expliqué qu'elles ne pouvaient pas comme elles étaient aides-soignantes.

Les soins ne paraissent donc manifestement pas être effectués tous les jours.

**2.3.3.3.** Concernant l'audition de Monsieur P., celui-ci a déclaré :

*« Des aides soignantes L., K. viennent deux fois par semaine me laver uniquement le dos. Je sais me laver seul à part le dos. Ces soignants viennent **depuis 10 ans**. A. est la gérante. Elle ne vient jamais me soigner à la maison ; il y a 8 ans qu'elle ne vient plus. Le nom de B. ne me dit rien.*

*Vous me demandez où habite et à quoi elle ressemble K. : elle est grande (1m80), belge. Elle habite ... de mémoire. Il n'y a personne d'autre que L et K. qui me lavent. L. et K. me lavent uniquement le dos, le mercredi et le dimanche. Elles viennent 2 fois par semaine me laver **depuis plus de 3 ans**.*

*(...) Les aides soignantes sont venues me faire des soins parce que je ne savais plus laver mon dos. Quand je dois avoir la prise de sang, c'est l'infirmière qui vient faire la prise de sang. Elle s'appelle ...».*

Le témoignage n'est pas confus, puisqu'il redit deux fois la même chose, à savoir qu'on le lave depuis 10 ans, 2 fois par semaine (soit **plus** de 3 ans : le Service surligne le mot « plus » que Mme A., Mme B. et C. ont omis de préciser dans leurs moyens de défense, ce qui déforme la déclaration de M. P.).

Il est également précis :

- quant aux jours de passage pour la toilette : le mercredi et le dimanche ;
- quant au prénom de l'infirmière qui vient lui faire la prise de sang ;
- quant au fait que L. ou K. le lavent

- quant au fait que Mme A. ne se déplace plus pour le laver depuis longtemps (il évalue cela à 8 ans)
- quant au fait que Mme A. n'est pas venue chez lui en 2018 et 2019.

Mme K. déclare travailler pour C. depuis 2014. Elle est effectivement enregistrée comme indépendante. Elle indique que les jours où elle ne travaille pas, c'est Mme L. qui effectue la tournée.

Il n'est donc pas impossible de prendre en considération les déclarations de cet assuré qui sont concordantes avec celles de Mme K.

Dans ces conditions, Mme A. paraît donc mal venue de déclarer qu'elle ne connaissait pas Mme K. ou que Mmes K. et L. auraient déjà travaillé pour Mme F. pour les prestations dont parle l'assuré, puisque Mme F. n'a créé sa structure que récemment et donc pas il y a plusieurs années.

En outre, le Service ne peut manquer de relever qu'à un autre endroit des moyens de défense, Mme A. indique avoir prêté un véhicule à Mme K., à cause de la faillite personnelle dont elle faisait l'objet. Elle produit même un document de mise à disposition d'un véhicule de C. à Mme K. pour les besoins professionnels et personnels de cette dernière (document daté d'août 2019 alors que la faillite de Mme K. date de décembre 2019). Elle reconnaît ainsi indirectement au moins connaître Mme K.

En outre, si l'on suit le raisonnement de Mme A., comment expliquer que les soins étaient attestés par C., que l'assuré M. P. indique avoir été lavé par Mme K. et Mme L. depuis plus de 3 ans, que l'assuré M. O. cite K. comme étant membre de l'équipe de Mme A. et étant passée chez lui, alors que Mme A. déclare ne pas connaître Mme K. ?

Compte tenu de ces éléments, il y a bien un indice relativement à des prestations non effectuées facturées à l'assurance soins de santé par C. au nom de cet assuré (toilette facturée tous les jours à l'assurance soins de santé, alors qu'il n'y avait que deux passages).

Dans ces conditions, les moyens de défense de Mme A., Mme B. et C. ne permettent pas au Service de revenir sur les indices de prestations non effectuées facturées à l'assurance soins de santé.

#### **2.4. Sur l'indice de recours à des aides-soignantes sans accord d'équipe structurelle**

**2.4.1.** Le Service ne remet pas en cause la composition du groupement du point de vue des infirmiers mais relève qu'elle semble avoir recouru à des aides-soignants sans avoir procédé aux formalités auprès du Service des soins de santé.

Mme A., Mme B. et C. avancent que l'équipe se compose de 3 infirmières et d'un infirmier, de sorte qu'ils n'avaient pas besoin de recourir à des aides-soignants. Le Service précise que Mme H. a quitté le groupement le 3/12/2018 et que Mme F. est arrivée en janvier 2019, pour en repartir en mars 2019.

Les autres infirmiers du groupement, Mme I. et M. G., ne travaillaient que quelques jours par semaine pour C. En effet, il ressort des données Dolsis qu'ils étaient tous les deux salariés à temps plein à ... et indépendants à titre complémentaire. Dans ce cadre, ils intervenaient pour C. Mme I. et M. G. ont quitté C. en mars 2019.

Si Mme A., Mme B. et C. écrivent que le groupement était composé de 4 infirmiers, cela doit être temporisé par le fait qu'il n'y avait pas quatre équivalents temps plein en permanence et qu'à partir de mars 2019, ne restaient officiellement dans le groupement que Mmes A. et B.

L'argumentation de Mme A., de Mme B. et de C. tendant à dire que comme il y avait plusieurs infirmiers, il n'y avait pas lieu de recourir à des aides-soignantes ne tient pas, dans la mesure où il est permis de s'interroger sur le point de savoir si les prestations introduites au remboursement de l'assurance soins de santé comme étant effectuées par Mme B. et Mme A. étaient effectivement bien réalisées par ces deux infirmières, outre les déclarations des assurés qui font état de soins réalisés par des personnes qui sont aides-soignantes (cf §2.3).

Le profil de Mme B., notamment en 2019, interpelle nécessairement. A titre indicatif, l'intervention de l'assurance soins de santé étant maintenant subordonnée, pour un dispensateur de soins sous statut salarié et sous statut indépendant, à la facturation d'un maximum de 40.000 valeurs W (soit 180.000 euros) par année civile<sup>10</sup>. A titre bénévole, Mme B. aurait donc réalisé bien plus de prestations qu'un infirmier moyen en Belgique.

**2.4.2.** Concernant l'audition de Mme K., Mme A., Mme B. et C. contestent l'ensemble de ses propos.

Comme évoqué au §2.3, le fait que les assurés la nomme comme faisant partie de l'équipe de A. et le fait qu'elle-même déclare travailler pour Mme A. constituent des éléments commençant à prouver qu'elle a certainement travaillé pour C.

A l'inverse, Mme A., Mme B. et C. procèdent par affirmation et n'apportent aucun élément tendant à indiquer que Mme K. ne travaillait pas pour C.

Dans ces conditions, l'indice relatif au travail de Mme K. comme aide-soignante pour C. n'est pas remis en cause par les moyens de défense de Mme A., Mme B. et C.

**2.4.3.** Concernant l'engagement de Mme J. comme infirmière, le Service ne peut que relever les incohérences de la défense de Mme A., Mme B. et C. :

- d'une part, alors qu'elle a conservé les messages de Mme J. à l'issue de la rupture de leur contrat, Mme A. ne dispose plus des échanges sur les blouses blanches sur facebook où, selon Mme A., Mme J. aurait dit être infirmière. Le Service relève que les annonces sur les blouses blanches peuvent porter sur la recherche d'infirmière comme d'aide soignante... Il existe donc un doute quant à la nature de l'annonce publiée.

---

<sup>10</sup> l'arrêté royal du 29/09/2019, modifiant l'article 8 de l'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (M.b. 11/10/2019) vient d'insérer, sur proposition de la Commission de conventions praticiens de l'art infirmier-organismes assureurs, un §3bis rédigé comme suit :

« L'intervention de l'assurance est subordonnée aux conditions suivantes :  
• Au nom d'un dispensateur de soins, infirmier ou aide-soignant, sous statut salarié, un maximum de 22.000 valeurs W peut être attesté par année civile pour des prestations ;  
• Au nom d'un dispensateur de soins, infirmier ou aide-soignant, sous statut indépendant, un maximum de 40.000 valeurs W peut être attesté par année civile pour des prestations ;  
• Au nom d'un dispensateur de soins, infirmier ou aide-soignant, sous statut salarié et sous statut indépendant pendant une même année civile, un maximum de 40.000 valeurs W peut être attesté par année civile pour des prestations. »

- en outre, si Mme A. produit un diplôme d'infirmière au nom de Mme J., elle ne rapporte pas la preuve que c'est cette dernière qui le lui a remis.
- d'autre part, si Mme A. produit le certificat d'immatriculation délivré par la santé publique de Mme B., ainsi que le mandat de Mme B. pour que C. facture les soins qu'elle effectue (ce mandat fait apparaître le numéro INAMI de Mme B.), elle ne dispose pas des mêmes documents pour Mme J. De même, elle ne justifie pas de démarches auprès du service de soins de santé pour intégrer Mme J. au groupement.
- enfin, le Service est en droit de s'interroger sur le point de savoir pourquoi, si Mme A. ne savait pas que Mme J. était aide-soignante, elle n'a pas cherché à attester les soins effectués par J. sous son numéro INAMI, alors que la réglementation le prévoit et que Mme A. dit procéder de la sorte pour les soins qu'elle attribue à Mme B.

Mme A. a déclaré à la police que Mme J. ne lui aurait jamais donné son numéro INAMI. Mme A. ne justifie néanmoins d'aucune démarche de relance de Mme J. pour obtenir d'elle son numéro INAMI.

Le Service ne peut que remarquer que, si l'on suit les moyens de défense de Mme A., cette dernière a fait preuve d'imprudence et de négligences répétées en n'exigeant pas le numéro INAMI de Mme J. avant tout engagement, en ne relançant pas l'intéressée pour obtenir le numéro INAMI, en n'entreprenant pas les démarches administratives pour intégrer Mme J. à son groupement (alors qu'elle le fait très régulièrement), en ne lui faisant pas signer de mandat pour facturer, et en attestant les soins à l'assurance soins de santé sous les numéros INAMI de Mmes A. et B., de sorte que la réglementation n'était nullement respectée.

Le Service relève qu'en outre, dans l'exposé de l'historique du groupement figurant dans les moyens de défense, par exemple, il n'est nullement fait état de l'engagement d'une infirmière, Mme J., ce qui tend à montrer que Mme A. ne l'a jamais considérée comme une infirmière.

Compte tenu de tous ces éléments, Mme A. semble avoir engagé Mme J. en toute connaissance de cause comme aide-soignante et avoir sciemment omis de procéder à la déclaration d'équipe structurelle.

Dans ces conditions, les moyens de défense de Mme A., de Mme B. et de C. ne peuvent pas être accueillis sur ce point.

**2.4.4.** Concernant la pièce 8 jointe par Mme A., Mme B. et C. aux moyens de défense, il s'agit de posts facebook de J., dans lesquels le nom de Mme A. n'est pas mentionné.

Contrairement à ce qui est écrit dans les moyens de défense, il n'est pas écrit que Mme A. allait être dénoncée à l'INAMI par Mme J., mais : « *me suis bien fait arnaquée, demain je sonne à l'inami, une honte. Heureusement ai fait refaire la facturation... Dégoutée* ».

« sonner à l'INAMI » ne signifie pas porter plainte. On pourrait comprendre qu'il s'agit de demander des informations.

En outre, le nom de Mme A. n'étant pas mentionné, un doute pourrait subsister, de la même manière que, dans le courrier du 04/06/2020 commentant les annexes aux

auditions de Mmes J. et K., Mme A., Mme B. et C. émettent des doutes, quant au fait d'être l'objet des échanges facebook constituant les annexes de l'audition de Mme J.

**2.4.5.** Par ailleurs, Mme A., Mme B. et C. indiquent ne pas comprendre comment le Service a pu avancer dans la demande de moyens de défense que « 90% des prestations facturées à l'assurance soins de santé par le groupement infirmier « C. » entre janvier 2018 et mai 2019 ont été effectuées par des aides-soignants ».

Cela ressort des indications de Mme H. et K. quant aux assurés qu'elles visitaient et aux soins qui étaient facturés au nom de ces assurés par C. à l'assurance soins de santé.

Le temps de présence des infirmiers officiellement déclarés pour composer le groupement conforte cette estimation, puisque Mme A. indique elle-même dans les moyens de défense avoir contacté Mme J. en avril 2019, date à laquelle il ne restait officiellement dans le groupement qu'elle et sa mère comme infirmière.

Le tableau relatif à la composition du groupement C., dont les mentions y figurant ne sont que la retranscription des déclarations de Mme A. au service des soins de santé de l'INAMI est clair à ce sujet (cf §1.1.1.).

Tableau anonymisé

Tableau anonymisé

Un autre élément déjà évoqué ci-avant semble conforter cette appréciation : le montant des soins facturés au nom de Mme B. par C. a vraiment explosé en 2019. Des soins attribués à son nom ont été remboursés par l'assurance soins de santé à C. pour plus de 226.558, 65 euros, alors qu'en 2018, il était question de 31.373,41 euros de remboursements de l'assurance soins de santé. Tout cela serait accompli, sous couvert de bénévolat, par Mme B. (cf les réponses du SECM à ce sujet au §2.3.).

**2.4.6.** Mme A., Mme B. et C. font état d'un contentieux existant entre eux et Mme F. qui aurait capté de manière illicite une partie de la patientèle de C. Si la preuve d'une action en justice n'est nullement rapportée, il n'en demeure pas moins que cet élément ne paraît répondre à la demande des moyens de défense.

Le contexte est conflictuel entre Mme A. et Mme F., mais cela ne répond nullement aux indices de fraude mis en avant par le Service.

Au regard de tous ces éléments, les moyens de défense de Mme A., de Mme B. et de C. ne permettent pas de remettre en cause l'indice relatif au recours par C. à des aides-soignants sans procéder à la déclaration sur l'honneur d'un groupement recourant aux services d'aide-soignants<sup>11</sup>.

## **2.5. Sur la lecture de carte e-id**

Contrairement à ce qu'écrivent Mme A., Mme B. et C. dans leurs moyens de défense, la lecture de la carte e-id ne nécessite pas de connexion Bluetooth ou 4G ou wifi pour pouvoir valider les soins : il suffit de valider les soins avec la carte d'identité sur le programme et dès qu'il y a du réseau, cela se met en vert. Le passage de la carte d'identité est tout à fait possible même sans réseau...

---

<sup>11</sup> N.P.S., art. 8, §12

Dans ces conditions, toute lecture de carte e-id sans lecture de puce peut paraître suspecte, surtout en reliant ces données aux déclarations des assurés.

Ainsi, par exemple, pour Monsieur M., ce ne sont que des lectures de codes barres, ce qui pourrait se faire sur base d'une simple photo, au contraire d'une lecture de la puce qui implique de disposer de la carte d'identité.

L'argument selon lequel ce ne serait pas possible de lire la puce à ... ne peut donc pas être retenu.

L'indice relatif à la lecture de carte e-id formulé dans la demande de moyens de défense doit donc être maintenu.

## **2.6. Sur les annexes des auditions de Mesdames J. et K.**

**2.6.1.** Les annexes aux auditions ont été demandées, dans leurs moyens de défense, par Mme A., Mme B., et C. car ces derniers prétendaient ne pas pouvoir exercer leurs droits de la défense.

Le Service tient à faire remarquer que la demande de moyens de défense ne s'appuyait pas sur les éléments contenus dans les annexes mais sur les déclarations de Mmes J. et K.

Les procès verbaux d'auditions des inspecteurs du SECM ne comprennent pas nécessairement d'annexes. Contrairement à ce que laissent entendre les moyens de défense de Mme A., Mme B. et C., la demande de moyens de défense ne se fondait pas sur des éléments contenus dans les annexes des auditions de Mme J. et de Mme K.

Dès lors qu'en audition, la personne auditionnée remet un document, l'inspecteur social est tenu de le prendre. Il n'en demeure pas moins que le Service est habilité à recueillir les déclarations d'un témoin, sans que celui-ci doive déposer des justificatifs appuyant chacun de ses propos.

**2.6.2.** Concernant le document n°0125, si Mme A., Mme B. et C. considèrent qu'ils ne sont pas visés dans ces échanges, puisqu'ils ne sont pas nommés, même si néanmoins certains éléments de la conversation ne sont pas exempts de critiques pour eux, comme par exemple : « *je saisirai le tribunal du travail, les impôts tout et elle expliquera pourquoi elle paye quatre soignante la société C.* ».

Concernant les lettres des patients, si comme le prétendent Mme A., Mme B. et C., Mme K. n'a pas travaillé pour C., il est permis de s'interroger sur le point de savoir comment elle était connue des patients de C. et comment cette aide soignante aurait pu faire pression pour que ces assurés ne fassent plus venir l'équipe de C.

Concernant le document n°0150 et plus précisément aux extraits de compte montrant des virements de C. vers Mme K., contrairement à ce que prétendent Mme A., Mme B. et C., ils ne sont pas en dehors de la période de contrôle (le premier est de décembre 2018). Mme A., Mme B. et C. ne donnent aucune explication aux mouvements de fonds de C. vers le compte de Mme K. que Mme A. dans ses moyens de défense dit ne pas connaître, tout en disant à un autre endroit la connaître mais pas dans le cadre professionnel.

**2.7.** Le SECM considère que les éléments visés dans la demande de moyens de défense sont suffisants pour répondre aux exigences de l'art. 77sexies de la loi ASSI, qui ont été précisées dans les directives du 19 avril 2017 portant exécution de l'article

13bis, §2, 6° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnité, coordonnée le 14 juillet 1994 arrêtées par la Commission Anti-Fraude de l'INAMI qui définissent les notions d'indices de fraude graves, précis et concordants. Ces directives définissent la notion de grave comme étant :

« La notion de grave

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

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

Les indices ne doivent pas être des faits prouvés, mais ne peuvent pas non plus reposer sur de vagues suppositions. Ils doivent être suffisamment crédibles. **Il doit s'agir à chaque fois d'un élément crédible, concret et vérifiable, mais les éléments matériels et intentionnels de la fraude ne doivent pas être prouvés** »<sup>12</sup>.

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

- la possible facturation de prestations non effectuées à l'assurance soins de santé ;
- le recours au travail d'aides-soignants (concordance des attestations d'assurés et des aides-soignantes concernées) sans remplir les conditions réglementaires pour pouvoir le faire et notamment le fait de ne pas avoir procédé à une déclaration sur l'honneur ;
- le non-respect de la réglementation en matière de lecture de la carte e-id.

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

Les travaux préparatoires de la loi du 4 avril 2014 font référence, concernant la notion de fraude, aux articles 232 et suivants du Code pénal social<sup>13</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>14</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.

<sup>12</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>13</sup> <http://www.dekamer.be/FLWB/pdf/53/3349/53K3349001.pdf>, p. 65

<sup>14</sup> Cass., arrêt du 3 octobre 1997, R.G. C.96.0318.F, Pas., 1997, I, 962

*En l'espèce, il ressort des pièces que des prestations de travail étaient impossibles, la société n'ayant aucune existence de fait, et que le demandeur a transmis à l'O.N.Em. et à l'organisme assureur en A.M.I. des documents inexacts, dans le but d'obtenir des prestations auxquelles il n'avait pas droit. La fraude entendue au sens civil est suffisamment établie, sans qu'il soit nécessaire d'attendre les suites d'une éventuelle procédure pénale »<sup>15</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>16</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>17</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 B. lieu à la preuve de la fraude et qu'elle doive l'indiquer dans la notification*

<sup>15</sup> C. trav. Bruxelles (8è ch.), arrêt du 20 novembre 2014, *Chron. D. S.*, liv. 2, p. 83

<sup>16</sup> C. trav. Mons, arrêt du 2 février 2012, *B.I.-I.N.A.M.I.*, 2012, liv. 1, p. 67

<sup>17</sup> C.A. Bruxelles, 12.12.2007, Cause 2003/AR/2315

*préalable dès lors qu'il serait contraire à la volonté du législateur de contraindre au préalable l'administration à apporter une preuve de ce qu'elle veut précisément prouver sur la base d'une investigation complémentaire. La notification préalable des indices de fraude fiscale décrits avec précision suffit ainsi, sans que la preuve de la fraude fiscale doive déjà être apportée objectivement. **Ce n'est que lorsque les indices sont imprécis ou sont fondés sur des suppositions vagues ou pas crédibles, qu'il ne peut être conclu à l'existence d'indices de fraude fiscale** »<sup>18</sup>.*

La mesure de l'article 77sexies de la loi ASSI vise, dans le cadre d'une procédure de contrôle et, au regard de l'existence d'indices de fraude ou d'indices d'une intention frauduleuse, à prendre une mesure préventive qui consiste en une suspension temporaire des paiements par les organismes assureurs. 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 de multiples éléments chiffrés issus des données introduites en facturation de l'assurance soins de santé par le groupement C. mais aussi sur les attestations d'assurés et d'aides-soignantes, des données enregistrées au Service des soins de santé de l'INAMI relativement au groupement C., des données Dabrali (notamment relativement au profil de Mme B. qui a considérablement augmenté en 2019 et alors même qu'elle dit être bénévole).

\*\*\*\*\*

En conclusion, les moyens de défense de Mme A., Mme B. et C. ne peuvent pas être retenus par le Service, car ils ne permettent pas d'écarter les indices de fraude relevés par le Service dévaluation 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 (semblent être facturées à l'assurance soins de santé des prestations non effectuées, ce qui est l'infraction la plus grave pouvant être constatée par le service d'inspection du SECM ; recours à des aides-soignantes en dehors du cadre réglementaire prévu);
- précis (ces indices sont fondés notamment sur les données de facturation introduites par le groupement C. auprès des organismes assureurs, des déclarations des assurés, des déclarations des aides-soignantes);
- et concordants (ces indices tendent tous à montrer que Mme A., Mme B. et C. paraissent avoir mis en place une ou plusieurs manœuvre(s) pour percevoir des sommes indues de l'assurance soins de santé).

Au regard de tous ces éléments et des indices de fraude relevés dans le chef de Mme A., Mme B. et C., 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 Madame A.

---

<sup>18</sup> Traduction libre – Cass. (1<sup>o</sup> ch.), arrêt du 7 avril 2016, RG. F14.0065.N, *Cour. Fisc.*, liv. 11, p. 666

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

**PAR CES MOTIFS,**

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

- Déclare qu'il existe des indices graves, précis et concordants de fraude relatifs à la facturation à l'assurance soins de santé en tiers payant de Madame A. (N° INAMI : ...), Madame B. (N° INAMI : ....) et du groupement 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 pour une période de 12 mois pour les prestations introduites au remboursement par Madame A. (N° INAMI : ....), Madame B. (N° INAMI : ....) et le groupement C. (N° INAMI : ....).

Ainsi décidé à Bruxelles.

Le Fonctionnaire-dirigeant f.f.,