

DECISION DU FONCTIONNAIRE-DIRIGEANT DU 8 NOVEMBRE 2019

Concerne : **Monsieur A.**

Dispensateur de soins assimilé au sens de l'article 2n de la loi ASSI

B. SPRL

Groupement de soins infirmiers (infirmiers, sages-femmes e.a.)

BRS/F/19-008/art.77

EXPOSE DES FAITS

1.1. Données des Soins de Santé

Tableaux anonymisés

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

1.2.1. Données relatives au responsable du groupement B

MONSIEUR A. - n° RN : ... (*cf annexe 1*)

Domicilé

1.2.2. Données BCE relatives à B.

Société B. - N° BCE : ... (*cf annexe 2*)

Siège situé ...

Ouverture d'une faillite le ... (*M.b. ...*)

1.3. Données OA (à demander dans une fiche ainsi que nous obtenons l'info de manière formelle)

D'après les données introduites en facturation auprès des organismes assureurs sous le numéro de groupement B., depuis septembre 2017 (fin de la période de la précédente décision art. 77*sexies* du Fonctionnaire dirigeant du SECM) jusqu'à 30/11/2017, les prestations portées en compte de l'assurance soins de santé le sont pour les deux dispensateurs de soins suivants :

- C. (n° INAMI : ...);
- D. (n° INAMI : ...).

Concernant la facturation de B. (données provenant des profils Dabrali)

	2017	2018S1
Madame D. (fact. établie exclusivement au nom de B.): % de remboursement par rapport au montant total	88%	95%
Facturation effectuée par madame D. pour l'OA 300 : % de remboursement par rapport au montant total	55%	77%

Vu le pourcentage élevé facturé à l'OA 300, certaines informations ont été demandées à cet organisme assureur.

Coordonnées du groupement :

« Adresse : ... => Aucun numéro de téléphone »

Personne qui communique au nom du groupement :

- La personne de contact mentionnée sur les supports magnétiques est : Madame D.
- Mandat Soft 33 depuis le 16.7.2018 : voir en *annexe 19*.

1.4. Historique des dossiers de Monsieur A. avec le SECM

Monsieur A. n'est pas dispensateur de soins et n'a donc pas de numéro INAMI. A chaque fois qu'un de ses groupements a fait l'objet d'une mesure prise sur le fondement de l'art. 77*sexies* de la loi ASSI, il en a ouvert un nouveau.

Les groupements dont Monsieur A. est le responsable, H. (numéro de tiers payant : ...) et B. (numéro de tiers payant : ...) et T. (numéro tiers payant : ...) ont fait l'objet chacun d'une mesure prise sur le fondement de l'art. 77*sexies* de la loi ASSI (décision du Fonctionnaire dirigeant du SECM du 09/09/2016 pour les deux premiers et du .

En effet, en 2014, des prestations de soins attribuées à Mme E., F. et G. ont été introduites au remboursement dans le cadre du tiers payant par la société H. via le n° de groupe ...

Sur base des auditions de trois prestataires faites par le SECM : E. (d.d. 6/8/2014), F. (d.d. 21/01/2015) et G. (d.d. 22/01/2015), il apparaissait que la société H. se servait à leur insu du nom de ces prestataires pour facturer des prestations à l'assurance soins de santé qui n'étaient pas effectuées. Les deux premiers n'ont jamais travaillé pour H., la dernière seulement quelques fois.

Sur une période de 6 mois, l'indu s'élèverait à 37.262,94 EUR. Ce dossier avait été transmis par le SECM à l'Auditeur du travail le 27/08/2014.

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

1.5.1. Signalement des Organismes assureurs

1.5.1.1. Les organismes assureurs ont transmis au SECM le résultat de contrôles menés chez des assurés visités par des infirmières au nom desquelles le groupement B. atteste des soins (*cf annexes 6 à 11*). Il en ressort que des prestations sont non effectuées.

Ainsi, le contrôle réalisé en octobre 2018 a mis en évidence qu'un forfait C a été facturé quotidiennement, alors qu'aucune prestation de soins infirmiers n'était effectuée (*cf annexe n°11*).

1.5.1.2. Par ailleurs, les mutualités socialistes ont informé le SECM du fait que 20 nouvelles échelles de KATZ ont été introduites en janvier 2019 auprès de l'OA 300 pour une facturation de forfait C. Dans un courriel du 18/03/2019, elles signalent qu'un forfait C a été attesté pour 6 nouveaux assurés et pour lesquels les prestations sont non effectuées (*cf pièce n°14 et sa traduction : pièce n°15 ; échanges avec un de ces assurés : pièces n°12 et 13*).

1.5.1.3. Les données de facturation introduites par B. pour la période de prestations/d'introduction aux organismes assureurs de septembre 2017 à 31 décembre 2018 au nom de Madame D. (*cf annexe 17*) comportent des éléments attirant l'attention et ce au regard de sa situation personnelle (*cf §5.3*) :

- des forfaits C sont presque uniquement facturés à l'assurance soins de santé (*cf annexe 17*);
- Jusqu'au 9/09/2018, cette dispensatrice de soins a travaillé à temps partiel comme salariée de l' ASBL I. (*cf §5.3.6 du présent document*) ;
- depuis le 10/09/2018, elle occupe un emploi à temps plein en tant que travailleur salarié de J. (*cf §5.3.6 du présent document*).
- Madame D. n'est pas inscrite comme travailleur indépendant (*cf §5.3.6 du présent document*).
- selon les informations données en Dimona , B. n'emploie pas de travailleurs salariés (*cf annexe 18*).

Le Service, au regard de l'historique des dossiers de M. A. au SECM, s'interroge sur le point de savoir s'il n'y aurait pas une utilisation du numéro INAMI de Mme D. à son insu.

1.5.2. Analyse des données plus récentes de facturation (analyse des données du flux)

1.5.2.1. Il ressort des données de facturation entrées auprès des organismes assureurs sous le numéro de groupement de B. (Données de flux Eid – *pièce n°16*) entre septembre 2018 et février (date d'introduction à l'organisme assureur) que les infirmières au nom desquelles des soins sont attestés sont les suivantes :

- ... C. RN ... ;
- ... Madame E. RN ...
- ... Madame K. RN ... ;
- ... Madame D. RN ... ;
- ... Madame L. RN ... ;
- ... Madame F. RN ...;
- ... Madame M. RN ...

Les données relatives à ces dispensateurs de soins (registre national, Dimona, ARZA et SZV) figurent au §5.3.

1.5.2.2. Les codes de nomenclature les plus utilisés par le groupement B. (selon les données flux) entre septembre 2018 et février (date d'introduction à l'organisme assureur) sont les suivants:

425294	FB (pendant la semaine)
425316	FC (pendant la semaine)

425692	FB (weekend)
425714	FC (weekend)
426635	pseudocode 1ste prestation de base
426650	pseudocode 2de prestation de base
426672	pseudocode 3de prestation de base
426694	pseudocode 4de prestation de base
426716	pseudocode 5de prestation de base
426731	pseudocode toilet
428035	valorisation des prestations multiples et contraignantes chez les patients très dépendants (semaine)
428050	valorisation des prestations multiples et contraignantes chez les patients très dépendants (weekend)

Le Service ne peut que remarquer la présence extrêmement importante de forfaits B et C.

1.5.2.3. Durant la période d'analyse des données de facturation entre septembre 2018 et février (date d'introduction à l'organisme assureur), il y a 125 assurés différents, dont la plupart d'entre eux vivent à ..., mais d'autres dans des régions très éloignées.

Région	Code postal	Nombre d'assurés
...	...	32
...	...	9
...	...	9 + 3= 12
...	...	50
...	...	0
...	...	3
...	...	2
...	...	0+3=3
...	...	0
...	...	1
...:	...	15
Totaal		127*

*2 assurés ont déménagé et changé de province :

- RN (... et ...)
- RN (... et ...)

Le Service ne peut que relever que le groupement B. est situé dans la région de ..., avec des infirmières de cette région, mais aussi de ..., une en ... et beaucoup de patients nécessitant des soins sérieux (forfaits B et C) de la région ...

1.5.2.4. L'analyse plus précise des données montre que tous les jours du mois de janvier 2019, un forfait C a été facturé à l'assurance soins de santé au bénéfice de l'assuré avec le numéro national ... qui est Monsieur A., le responsable de ce groupement pour un montant total de prestations de 1.653,41 €, les soins étant attribués au numéro INAMI ... (Madame D.).

1.5.2.5. Le Service a analysé un jour de prestations facturées par dispensateur de soins au mois de décembre et un jour au mois de janvier.

1.5.2.5.1. Prestations attestées par le groupement B. comme effectuées à la date du 15/01/2019

Madame E.

Sont attestés des soins au nom de cette dispensatrice au bénéfice de 12 assurés avec un forfait C pour le montant de 511,93 €

Les 12 assurés résident suivant la répartition suivante : 1 à ..., 3 à ..., 1 à ..., 1 à ..., 1 à ..., 2 à ..., 2 à ..., 1 à ...

Sont attestées deux prestations de base pour tous les assurés (soit 2 passages), sauf pour l'assuré de ... 4 prestations de base (soit 4 visites).

Soit environ 10 heures pour les soins dispensés aux assurés.

Temps de trajet (calcul à partir de google maps sans compter les embouteillages et le trajet entre son domicile et le premier et le dernier assuré visité) :

- ... - ... : 1h5
- ... - ... : 7 min
- ... - ... : 42 min
- ... - ... : 9 min
- ... - ... : 20 min
- ... - ... : 32 min

Plus de 6 heures de trajet pour la journée.

A noter que la dispensatrice de soins n'est ni indépendante, ni salariée en Belgique et ne réside pas en Belgique mais en ... (cf §5.3. du présent document).

⇒ La réalisation de cette journée paraît impossible.

C.

Sont attestés des soins au nom de cette dispensatrice au bénéfice de 13 assurés avec Forfait C pour le montant 585,18 €.

Les 13 assurés résident suivant la répartition suivante : 1 ..., 1 ..., 1 ..., 2 ..., 2 ..., 1 ..., 1 ..., 1 ..., 1 ..., 1 ..., 1 ...

Sont attestées deux prestations de base pour tous les assurés (soit 2 passages), sauf l'assuré de pour lequel 4 prestations de base sont attestées (4 passages).

Soit environ 10h de temps passé aux soins des assurés (hors temps de trajet)

Temps de trajet (calcul à partir de google maps sans compter les embouteillages et le trajet entre son domicile et le premier et le dernier assuré visité) :

- ... - ... : 15 min
- ... - ... : 20 min
- ... - ... : 56 min
- ... - ... : 22 min
- ... - ... : 14 min
- ... - ... : 31 min
- ... - ... : 26 min
- ... - ... : 22 min
- ... - ... : 1 h 6
- ... - ... : 41 min

Soit plus de 10 heures passées en trajet pour se rendre 2 fois par jour chez les assurés (4 fois chez l'assuré de ...).

A noter que la dispensatrice de soins est salariée à temps plein (cf *annexe 20*) de X. depuis 2011 et est enregistrée comme indépendante à titre complémentaire. Elle réside à ... (cf §5.3. du présent document).

⇒ La réalisation de cette journée paraît impossible.

Madame K.

Sont attestés des soins au nom de cette dispensatrice au bénéfice de 8 assurés avec Forfait C pour le montant 352,46 €.

Les 8 assurés résident suivant la répartition suivante : 3 à ..., .3 à ..., 1 à ..., 1 à ...

Sont attestées deux prestations de base pour tous les assurés (soit 2 passages).

Soit environ 6 heures de temps passé aux soins des assurés (hors temps de trajet).

Temps de trajet (calcul à partir de google maps sans compter les embouteillages et le trajet entre son domicile et le premier et le dernier assuré visité) :

- ... - : 24 min.
- - ... : 1h11
- ... - ... : 36 min

Soit près de 4h de trajet pour se rendre 2 fois chez les assurés.

La dispensatrice réside à Jusqu'en avril 2019, elle travaillait comme salariée de Y.(cf §5.3. du présent document). Entre le 01/01/2019 et le 31/03/2019 elle travaillait à temps partiel avec un nombre moyen d'heures de travail de 30,4 (cf *annexe 21*).

Madame D.

Sont attestés des soins au nom de cette dispensatrice au bénéfice de 15 assurés dont 14 avec un forfait C et un forfait B pour 665,27 €.

Les 15 assurés résident suivant la répartition suivante : 1 à ..., 1 à ..., 1 à ..., 3 à ..., 1 à ..., 1 à ..., 1 à ..., 1 à ..., 1 à ..., 1 à ..., 2 à ..., 1 à

Sont attestées deux prestations de base pour tous les assurés (soit 2 passages).

Soit près de 11 heures de temps passé aux soins (hors trajet)

Temps de trajet pour visiter les assurés (calcul à partir de Google maps, sans compter les embouteillages et le trajet entre son domicile et le premier et le dernier assuré visité) :

- ... - ... : 1h24
- ... - ... : 1h05
- ... - ... : 14 min
- ... - ... : 6 min
- ... - ... : 8 min
- ... - ... : 25 min
- ... - ... : 11 min
- ... - ... : 15 min
- ... - ... : 27 min
- ... - ... : 18 min
- ... - ... : 1h07

Soit plus de 11h30 de trajet pour visiter les assurés deux fois.

En outre, la dispensatrice de soins habite à ... et a un contrat de travail depuis le 10/09/2018 à temps plein (cf *annexe 22*) à J. dont le siège est à ... (cf §5.3. du présent document).

⇒ La réalisation de cette journée paraît impossible.

Madame L.

Sont attestés des soins au nom de cette dispensatrice au bénéfice de 16 assurés, dont 15 avec un forfait C et 1 avec un forfait B pour 720,80 €

Les 16 assurés résident suivant la répartition suivante : 5 à ..., 1 à ..., 1 à ..., 5 à ..., 1 à ..., 1 à ..., 1 à ..., 1 à ..., 1 à ...

Sont attestées deux prestations de base pour tous les assurés (soit 2 passages).

Soit environ 11h40 de temps passé aux soins des assurés (hors temps de trajet).

Temps de trajet (calcul à partir de google maps sans compter les embouteillages et le trajet entre son domicile et le premier et le dernier assuré visité) :

- ... - ... : 19 min
- ... - ... : 21 min
- ... - ... : 51 min
- ... - ... : 30 min
- ... - ... : 6 min
- ... - ... : 53 min
- ... - ... : 35 min

Soit plus de 7 heures passées en trajet pour se rendre deux fois par jour chez les assurés.

La dispensatrice habite à ... et elle a un contrat de travail salarié à temps plein (cf *annexe 23*) avec W. (cf §5.3. du présent document).

⇒ La réalisation de cette journée paraît impossible...

Madame F.

Sont attestés des soins au nom de cette dispensatrice au bénéfice de 12 assurés avec forfait C pour 529,03 €.

Les 12 assurés résident suivant la répartition suivante : 3 à ., 3 à ..., 2 à ..., 1 à ..., 1 à ..., 2 à

Sont attestées deux prestations de base pour tous les assurés (soit 2 passages).

Soit environ 9 heures de temps passé aux soins des assurés (hors temps de trajet).

Temps de trajet (calcul à partir de google maps sans compter les embouteillages et le trajet entre son domicile et le premier et le dernier assuré visité) :

- ... - ... : 24 min ;
- ... - ... : 51 min ;
- ... - ... : 52 min ;
- ... - ... : 45 min ;

- ... - ... : 31 min.

Soit plus de 6 heures 40 passées en trajet pour se rendre deux fois par jour chez les assurés. La dispensatrice de soins habite à Elle travaille comme salariée à temps plein (cf annexe 24) d'une maison de repos ... et est enregistrée comme indépendante à titre complémentaire (cf §5.3. du présent document).

⇒ La réalisation de cette journée paraît impossible.

Madame M.

Sont attestés des soins au nom de cette dispensatrice au bénéfice de 16 assurés avec forfait C pour 762,38 €.

Les 16 assurés résident suivant la répartition suivante : 2 à ..., 5 à ..., 1 à ..., 2 à ..., 1 à ..., 1 à ..., 1 à ..., 1 à ..., 1 à ...

Sont attestées deux prestations de base pour tous les assurés (soit 2 passages).

Soit environ 12h de temps passé aux soins des assurés (hors temps de trajet).

Temps de trajet (calcul à partir de google maps sans compter les embouteillages) :

- ... - ... : 25 min
- ... - ... : 23 min
- ... - ... : 32 min
- ... - ... : 32 min
- ... - ... : 8 min
- ... - ... : 12 min
- ... - ... : 36 min
- ... - ... : 22 min

Soit plus de 6 h20 passées en trajet pour se rendre 2 fois par jour chez les assurés.

La dispensatrice de soins habite à ... Elle n'est ni répertoriée comme salariée, ni comme travailleur indépendant (cf §5.3. du présent document).

⇒ La réalisation de cette journée paraît impossible.

1.5.2.5.2. Prestations attestées par le groupement B. comme effectuées à la date du 15/12/2018

Madame E.

Sont attestés des soins au nom de cette dispensatrice au bénéfice de 9 assurés avec forfait C pour 611,13 €.

Les 9 assurés résident suivant la répartition suivante : 3 à ..., 1 à ..., 1 à ..., 1 à ..., 1 à ..., 1 à ..., 1 à ...

Soit environ 6h45 de temps passé aux soins des assurés (hors temps de trajet).

- ... - ... : 15 min
- ... - ... : 8 min (selon Google maps)
- ... - ... : 14 min
- ... - ... : 51 min en voiture (selon Google maps)
- ... - ... : 37 min
- ... - ... : 53 min

Soit plus de 6 heures de trajet au minimum pour visiter chaque assuré (il faut ajouter le temps de déplacement entre les 3 assurés de...).

Pour mémo, l'infirmière n'est ni salariée, ni indépendante en Belgique. Elle ne réside pas en Belgique mais en ... (cf §5.3. du présent document).

⇒ La réalisation de cette journée paraît impossible.

C.:

pas de prestations

Madame K.

Sont attestés des soins au nom de cette dispensatrice au bénéfice de 5 assurés dont 4 en forfait C et 1 en forfait B pour 317,10 €

5 assurés; 1 ..., 2 ..., 1 ..., 1 ...

Sont attestées deux prestations de base pour tous les assurés (soit 2 passages).

Soit 3h25 environ de temps passé pour les soins.

Temps de trajet :

- ... - ... : 49 min
- ... - ... : 34 min
- ... - ... : 1h15

Soit plus de 5 heures de trajets dans la journée pour visiter deux fois les assurés.

Pour mémoire, la dispensatrice habite à Elle n'est pas répertoriée comme indépendant complémentaire et était salariée de Y. jusqu'au 21/04/2019 (cf §5.3. du présent document).

⇒ La réalisation de cette journée paraît difficile.

Madame D.:

Sont attestés des soins au nom de cette dispensatrice au bénéfice de 7 assurés avec forfait C pour 460,59 €.

7 assurés: 2 ..., 1 ..., 1 ..., 1 ..., 1 ..., 1 ...

Tous les assurés 2 prestations de base,

Temps passé pour les soins : environ 5h15

Temps de trajet :

- ... - ... : 15 min
- ... - ... : 18 min
- ... - ... : 12 min
- ... - ... : 50 min
- ... - ... : 1 h 35

Soit plus de 6 h 20 de trajets dans la journée pour visiter deux fois les assurés.

En outre, la dispensatrice de soins habite à ... et a un contrat de travail depuis le 10/09/2018 à J. dont le siège est à Elle n'est pas répertoriée comme indépendante à titre complémentaire (cf §5.3. du présent document).

⇒ La réalisation de cette journée paraît difficile.

Madame L.:

Sont attestés des soins au nom de cette dispensatrice au bénéfice de 8 assurés avec forfait C pour 535,86 €.

Les 8 assurés résident suivant la répartition suivante : 3 à ..., 1 à ..., 1 à ..., 1 à ..., 1 à ..., 1 à ...

...
Sont attestées deux prestations de base pour tous les assurés (soit 2 passages).

Soit environ 6h de temps passé aux soins des assurés (hors temps de trajet).

Temps de trajet :

- ... - ... : 29 min
- ... - ... : 38 min
- ... - ... : 14 min
- ... - ... : 18 min
- ... - ... : 1 h 9

Soit plus de 6h de trajets dans la journée pour visiter deux fois les assurés.

La dispensatrice habite à Bruxelles et elle a un contrat de travail salarié avec W. (cf §5.3. du présent document).

⇒ La réalisation de cette journée paraît difficile.

Madame F. :

pas de prestations

Madame M.:

Sont attestés des soins au nom de cette dispensatrice au bénéfice de 9 assurés dont 8 avec forfaits C et 1 avec forfait B pour 599,07 €.

Les 9 assurés résident suivant la répartition suivante : 3 à ..., 1 à ..., 5 à

Sont attestées deux prestations de base pour tous les assurés (soit 2 passages).

Soit environ 6h25 de temps passé aux soins des assurés (hors temps de trajet).

Temps de trajet :

- ... - ... : 15 min

- ... - ... : 1h22

Soit environ 3h30 de trajet dans la journée pour visiter les assurés

La dispensatrice de soins habite à Elle n'est ni répertoriée comme salariée, ni comme travailleur indépendant (cf §5.3. du présent document).

⇒ La réalisation de cette journée paraît difficile.

1.5.2.6. Le Service extrait des données de facturation (flux) trois exemples de facturation suspecte avec plusieurs visites le même jour au sein d'une même famille

1.5.2.6.1. (annexe 4)

Dates des prestations examinées : du 07/01/2019 au 31/01/2019

Au nom de tous les membres de la famille (enfants comme adultes ; nés en 1961, 1968, 1996, 1999, 2001, 2002, 2008), des forfaits C sont attestés comme effectués par l'infirmière ayant le numéro INAMI ...- (Madame L.)

Données du tableau anonymisé

1.5.2.6.2. ... (Selon registre National: ... (cf annexe 3)

Date des prestations examinées : du 07/01/2019 au 31/01/2019

Au nom de 4 membres de la famille (nés respectivement en 1974, 1998, 2000 et 2002 selon registre National habitent), des forfaits C sont attestés comme effectués par 2 infirmières ayant pour n°INAMI ... - (Madame L.) et ... (Madame K.).

QRY + totaal						
lastname_ benef	firstname_ benef	benef_adr_ street	benef_ad r_nr	benef_adr_po stcode	SumOfamount_ reimbd	care_giv er_id
Madame	N.	...	0000	...	1304,51	
Monsieur	O.	...	0000	...	1164,5	
Monsieur	P.	...	0000	...	1164,5	
Madame	N.	...	0000	...	1164,5	
					4798,01	

1.5.2.6.3. (cf annexe 5)

Dates des prestations examinées : du 01/01/2019 au 31/01/2019

Au nom de 3 membres de la famille (né en 1979, 2008, 2010 selon le registre national), des forfaits C sont attestés comme effectués par l'infirmière ayant le numéro INAMI ... (Madame M.)

QRY + totaal						
lastname_ benef	firstname_ benef	benef_adr_ street	benef_ad r_nr	benef_adr_po stcode	SumOfamount_ reimbd	care_giv er_id
Madame	Q.	...	29	...	4960,230000000 01	...
Madame	R.	...	29	...	4960,230000000 01	...
Monsieur	S.	...	29	...	4960,230000000 01	...
					14880,69	

1.5.2.7. L'analyse des données du flux permet de voir une introduction auprès des organismes assureurs de la facturation à l'assurance soins de santé des prestations qui est tardive. Par exemple, en février 2019, sur 3774 codes de Nomenclature attestés (sans pseudocodes), il y a 528 prestations ayant une date de prestations antérieure au 01/06/2018, parmi lesquelles se trouvent :

- 186 Prestations avec une date de prestation en janvier 2018 ;
- 69 prestations avec une date de prestation en février 2018 ;
- 115 prestations avec une date de prestation en mars 2018 ;
- 96 prestations avec une date de prestation en avril 2018 ;
- 62 prestations avec une date de prestation en mai 2018.

1.5.3. Données relatives aux dispensateurs de soins au nom desquels le groupement B. facture des soins à l'assurance soins de santé

1.5.3.1. Mme L.

Mme L. (n°INAMI : ...) est reprise, dans la base de donnée des soins de santé, comme membre des groupements suivants :

Données du tableau anonymisé.

Le numéro de RN de Mme L. est Voici les informations données par le registre national la concernant.

Donnée du tableau RN anonymisé

Mme L. est répertoriée comme salariée de W. depuis le 01/01/2014 (cf base de données DIMONA).

Données Dimona anonymisées.

Mme L. n'est pas répertoriée comme indépendante (cf base de données ARZA).

Données ARZA anonymisées.

1.5.3.2. Mme C.

Mme C. (n° INAMI : ...) est répertoriée dans la base de données des soins de santé comme étant membre des groupements suivants :

Tableau anonymisé.

Le numéro de registre national de Mme C. est Voici les informations du registre national la concernant :

Données RN anonymisées.

Elle est répertoriée comme travailleur indépendant à titre complémentaire (cf base de données ARZA). Données ARZA anonymisées.

Elle est répertoriée comme salariée de X. depuis octobre 2011 (cf données Dimona).

Données DIMONA anonymisées.

1.5.3.3. Mme F.

Mme F. (n°...) est répertoriée comme membre du groupement H. qui est un groupement dont le responsable est Monsieur A. mais des prestations sont attestées à son nom sous le numéro de groupement de B. :

Le numéro de registre national de Mme D. est Voici les informations la concernant reprises au registre national :

Données RN anonymisées.

Elle est répertoriée comme salariée depuis 2016 d'une maison de repos située ... (cf données Dimona) :

Elle n'est pas répertoriée comme travailleur indépendant (cf données ARZA).

1.5.3.4. Mme M.

Mme M. (n° INAMI : ...) est répertoriée dans la base de données des soins de santé comme membre de deux groupements infirmiers dont le responsable est Monsieur A. :

Tableau anonymisé

Le numéro de registre national de Mme M. est le Voici les informations du registre national la concernant :

Données RN anonymisées

Mme M. n'est ni reprise comme salariée dans la base de données Dimona, ni reprise comme travailleur indépendant dans la base de données Arza.

Données ARZA anonymisées.

1.5.3.5. Mme K.

Mme K. (n° INAMI : ...) est reprise dans la base de données des soins de santé comme étant membre du groupement T. dont le responsable est Monsieur A., mais pas du groupement B.

Le numéro de registre national de Mme K. est le Voici les informations du registre national la concernant :

Données RN anonymisées.

Elle n'est pas reprise comme travailleur indépendant dans la base de données Arza.

Données ARZA anonymisées.

Dans la base de données Dimona, elle est reprise comme salariée :

- du 05/11/2018 au 21/04/2019 des ... ;
- du 08/10/2018 au 4/11/2018 des ... ;
- du 01/08/2018 au 12/11/2018 des ...
- Données DIMONA anonymisées.

1.5.3.6. Mme D.

Mme D. (n° INAMI : ...) est reprise, dans la base de données des soins de santé, comme membre de deux groupements mais pas du groupement B.

Son numéro de registre national est Voici les informations du registre national la concernant : Données RN anonymisées.

Elle est reprise comme salariée :

- depuis le 10 septembre 2018 (et jusqu'au 09/09/2019) de J.
- de février 2017 au 09/09/2018 de I.

Données DIMONA anonymisées

Mme D. n'est pas reprise comme travailleur indépendant dans la base de données ARZA. Données ARZA anonymisées.

1.5.3.7. Mme E.

Mme E. (n° INAMI : ...) est reprise, dans la base de données de soins de santé, dans deux groupements infirmiers dont un sous la responsabilité de Monsieur A. (H.) mais dans le groupement B.

Son numéro de registre national est Selon le registre national, elle réside en Données RN anonymisées.

En Belgique, elle n'est reprise ni comme salariée (base de données DIMONA), ni comme travailleur indépendant (base de données ARZA). Données ARZA anonymisées.

2. DISCUSSION

Position de Monsieur A.

Monsieur A., responsable du groupement B. conteste avec « la plus grande fermeté » les indices de fraude relevés par le SECM.

D'une part, il met en avant le fait que depuis le 1^{er} janvier 2014, des aides-soignants pourraient travailler dans le cadre d'équipes structurelles de soins infirmiers, afin « d'accorder plus de temps et d'attention au patient ». Ces aides-soignants pourraient effectuer certaines activités dont les activités relatives aux soins d'hygiène.

D'autre part, il indique que certains aides-soignants ont pu ne pas se rendre chez les patients et ne pas le lui signaler, ce qui ne serait pas de la fraude.

Il n'y aurait aucune fraude puisque les soins auraient été dispensés par des aides-soignants dans le cadre de l'Arrêté royal du 12/01/2006 et la mesure prévue par l'article 77sexies de la loi ASSI ne pourrait pas s'appliquer.

Au-delà de la tardiveté des moyens de défense de M. A., le SECM ne peut pas les accueillir pour les raisons qui suivent.

2.1. Le SECM relève que Monsieur A. ne procède que par affirmation, sans apporter le moindre commencement de preuve des éléments factuels qu'il met en avant.

Il ne répond nullement point par point aux éléments précis avancés par le Service.

Ainsi, il affirme que les soins sont réalisés par des aides-soignants, mais n'apporte aucun commencement de preuve à ses affirmations. Ses arguments ne peuvent dès lors qu'être rejetés.

Par ailleurs, il ressort des données de facturations à l'assurance soins de santé introduites par le Groupement B. (*cf données flux - pièce n°16*), qu'aucune prestation n'a été réalisée par un aide-soignant : aucun numéro INAMI d'un aide-soignant n'est enregistré dans le cadre de la facturation électronique réalisée par ce groupement.

Selon la base de données du Service des soins de santé de l'INAMI, aucun aide-soignant n'est enregistré (au jour où le Service a eu connaissance des moyens de défense de M. A.).

En outre, Monsieur A. ne satisfait pas aux conditions réglementaires pour pouvoir faire effectuer des soins infirmiers par des aides-soignants.

En effet, le groupement B. n'a pas procédé à la déclaration sur l'honneur pour que des prestations de soins infirmiers puissent être effectuées par des aides-soignantes, tel que le prévoit l'art. 8, §12 de la nomenclature.

Le 09/09/2019, le Service des soins de santé a été interrogé par un médecin-inspecteur du SECM (traduction libre) :

*« Dans le cadre d'une enquête, j'aurais voulu savoir si le groupement suivant est enregistré comme une équipe pouvant travailler avec des aides-soignants, et quels aides-soignants sont enregistrés dans ce groupement ?
B. SPRL avec le numéro de tiers payant ...
En d'autres termes, y-a-t-il une déclaration sur l'honneur ? Si oui, pourrais-je en recevoir une copie ?
Salutations.
Docteur ... ».*

Le même jour, le Service des soins de santé répondait (traduction libre) :

*« Chère Docteur ...,
Le groupement B. SPRL n'est pas reconnu comme équipe structurelle de soins infirmiers à domicile. Ce groupement ne peut pas travailler avec des aides-soignants.
Salutations ».*

Dans ces conditions, l'argumentation de Monsieur A. tendant à se retrancher derrière l'Arrêté royal du 12/01/2006 pour rejeter les indices relevés par le SECM ne peut manifestement pas être retenue.

2.2. 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 indemnités, 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. Ces directives définissent la notion de grave comme étant :

« La notion de grave

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

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

*Les indices ne doivent pas être des faits prouvés, mais ne peuvent pas non plus reposer sur de vagues suppositions. Ils doivent être suffisamment crédibles. **Il doit s'agir à chaque fois d'un élément crédible, concret et vérifiable, mais les éléments matériels et intentionnels de la fraude ne doivent pas être prouvés** »¹.*

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

- les signalements des organismes assureurs sont tous étayés de pièces ;
- les éléments tirés de l'analyse du flux reposent tous sur les données de facturation à l'assurance soins de santé introduites par M. A., et sont croisées notamment avec les données du registre national, les données de google maps, les données DIMONA et ARZA.

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 social².

La Cour de cassation a pu ainsi considérer que :

« L'application du principe général du droit 'Fraus omnia corrumpit' suppose l'existence d'une fraude, laquelle implique la volonté malicieuse, la tromperie intentionnelle, la déloyauté dans le but de nuire ou de réaliser un gain »³.

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

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

En l'espèce, il ressort des pièces que des prestations de travail étaient impossibles, la société n'ayant aucune existence de fait, et que le demandeur a transmis à l'O.N.Em. et à l'organisme assureur en A.M.I. des documents inexacts, dans le but d'obtenir des prestations auxquelles il n'avait pas droit. La fraude entendue au sens civil est suffisamment établie, sans qu'il soit nécessaire d'attendre les suites d'une éventuelle procédure pénale »⁴.

¹ Directives du 19 avril 2017 portant exécution de l'article 13bis, §2, 6° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnité, coordonnée le 14 juillet 1994 arrêtées par la Commission Anti-Fraude de l'INAMI définissent les notions d'indices de fraude graves, précis et concordants (M.B., 15 septembre 2017)

² <http://www.dekamer.be/FLWB/pdf/53/3349/53K3349001.pdf>, p. 65

³ Cass., arrêt du 3 octobre 1997, R.G. C.96.0318.F, Pas., 1997, I, 962

⁴ C. trav. Bruxelles (8è ch.), arrêt du 20 novembre 2014, Chron. D. S., liv. 2, p. 83

En outre, dans le cadre d'une fraude à l'assurance soins de santé et indemnité, la Cour du travail de Mons a jugé que :

« La fraude ou les manœuvres frauduleuses portant le délai de prescription à 5 ans n'ont pas été définies par le législateur dans le cadre de la réglementation en matière d'assurance maladie-invalidité.

Sont visées de manière générale les situations de dol et de fraude qui recourent :

- pour le dol, tous les cas de surprises, fraude, finesse, feintise, ainsi que toute autre mauvaise voie destinée à tromper quelqu'un

*- pour la fraude, les agissements malhonnêtes aux yeux de la loi avec à chaque fois, comme trait commun, **l'existence d'abstention(s), d'omission(s) ou d'agissement(s) volontaire(s) illicite(s)** dont le bénéficiaire de prestations sociales use pour obtenir indûment l'octroi ou le maintien d'un revenu de remplacement ; octroi ou maintien qui ne découlent pas d'une simple erreur administrative. Il en découle que l'assuré social doit avoir en conscience de ce que ses actes ou son abstention de déclaration avai(en)t pour conséquence la perception de prestations auxquelles il n'avait pas droit.*

Quant à la preuve de l'intention frauduleuse, l'appelant ne pouvait évidemment ignorer l'inexactitude des déclarations de revenus. Par les 10 notifications d'autorisation d'activité, il était parfaitement informé de l'ensemble des obligations à sa charge.

La faute délibérée absorbe toute la causalité »⁵.

Par ailleurs, sur le moment où la fraude doit être caractérisée, la Cour d'appel de Bruxelles a jugé :

« 11. Comme le relèvent à juste titre les appelants, cette notion d'indices de fraude revient à la question de savoir si l'administration a correctement signalé des « signes apparents et probables » (se référant au Petit Larousse) d'une fraude fiscale. A ce stade, les éléments ainsi retenus n'impliquent pas pour l'administration une démonstration de la fraude qui pourrait être retenue à charge du contribuable.

***La démonstration de la fraude éventuelle est forcément postérieure à la découverte d'indices de fraude** qui eux sont nécessaires pour autoriser légalement l'administration à procéder à des investigations auprès du contribuable »⁶.*

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

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

⁵ C. trav. Mons, arrêt du 2 février 2012, B.I.-I.N.A.M.I, 2012, liv. 1, p. 67

⁶ C.A. Bruxelles, 12.12.2007, Cause 2003/AR/2315

imprécis ou sont fondés sur des suppositions vagues ou pas crédibles, qu'il ne peut être conclu à l'existence d'indices de fraude fiscale »⁷.

La mesure de l'article 77*sexies* 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. 77*sexies* 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 B. mais aussi sur les données du registre national, les données DIMONA et ARZA, les signalements des mutuelles.

En conclusion, les moyens de défense de Monsieur A. 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, dans des proportions très importantes, des prestations non effectuées) ;
- précis (ces indices sont fondés notamment sur les données de facturation introduites par le groupement B. auprès des organismes assureurs);
- et concordants (ces indices tendent tous à montrer que Monsieur A. paraît 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 Monsieur A., le Fonctionnaire-dirigeant du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI estime que, sur base de l'art. 77*sexies* de la loi ASSI, coordonnée le 14/07/1994, une suspension totale des remboursements en tiers payant au groupement B. (N° INAMI :) pour une période maximale de 12 mois est justifiée.

⁷ Traduction libre – Cass. (1^e 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 Monsieur A. et du groupement B. SPRL (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 Monsieur A. et le groupement B. SPRL (N° INAMI : ...).

Ainsi décidé à Bruxelles,

Le Fonctionnaire – dirigeant f.f.,

Docteur Philip TAVERNIER

Médecin directeur général f.f.