

CHAMBRE DE PREMIERE INSTANCE
DECISION PRONONCEE LE 11 MARS 2021
Numéro de rôle FA-010-20

EN CAUSE DE : **Madame A.**

Infirmière brevetée

Comparaissant en personne.

CONTRE : **LE SERVICE D’EVALUATION ET DE CONTRÔLE MEDICAUX** (en abrégé
« **SECM** »),

Institué au sein de l’Institut national d’assurance maladie-invalidité,

Dont les bureaux sont établis à 1210 Bruxelles, avenue Galilée 5/1,

N° BCE : 0206.653.946,

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

LA PROCEDURE

La Chambre de première instance a pris en considération dans son délibéré les pièces inventoriées du dossier de la procédure, et notamment :

- la décision prise le 14 mai 2020 par le Fonctionnaire-dirigeant f.f. du SECM, en application de l’article 77 *sexies* de la loi relative à l’assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, et notifiée le 18 mai 2020 (ci-après dénommée « la décision contestée ») ;
- la requête adressée par recommandé le 17 juin 2020, par laquelle Madame A. saisit la Chambre de première instance d’une contestation de la décision contestée ;
- les conclusions en réponse du SECM, datées du 22 septembre 2020.

Les parties ont été entendues à l’audience du 21 janvier 2021. Les débats ont été clos et la cause a été prise en délibéré.

La loi relative à l’assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 (ci-après dénommée « loi ASSI ») et l’arrêté royal du 9 mai 2008 fixant les règles de fonctionnement et le Règlement de procédure des Chambres de première instance et des Chambres de recours ont été respectés dans le cadre de la procédure.

1. L'OBJET DE LA DEMANDE

Par la décision contestée, le Fonctionnaire-dirigeant f.f. du SECM :

- Déclare qu'il existe des indices graves, précis et concordants de fraude relatifs à la facturation à l'assurance soins de santé en tiers payant de Mme A. ;
- Ordonne, conformément à l'article 77sexies de la loi ASSI, la suspension totale des paiements par les organismes assureurs dans le cadre du régime du tiers payant à Mme A. pour une période de 12 mois.

Par sa requête, Madame A. conteste cette décision et demande à la Chambre de première instance de l'annuler.

Par ses conclusions, le SECM demande à la Chambre de première instance :

- A titre principal, de déclarer le recours de Madame A. irrecevable ;
- A titre subsidiaire, de déclarer ce recours non fondé, et de confirmer la décision contestée.

2. LES FAITS

Madame A. est une infirmière brevetée, qui travaille en tant qu'indépendante en personne physique. Par le passé, elle a travaillé dans le cadre d'une S.P.R.L., déclarée en faillite depuis le 25 juillet 2017.

Suite à une incapacité de travail, elle est autorisée par le médecin-conseil de sa mutualité à travailler à concurrence de 21h30 par semaine suivant un horaire fixe. Cette autorisation lui a été délivrée le 29 novembre 2012.

Par une fiche de données établie le 24 février 2020, le SECM relève plusieurs faits qui constituent selon lui des indices graves, précis et concordants de fraude, notamment :

- *Le montant total des remboursements de l'assurance soins de santé versés par les organismes assureurs à Mme A. s'élève à 236.003,63 € en 2017 et 266.929,54 € en 2018 : ils sont donc supérieurs à 200.000 €, montant qui peut, selon la jurisprudence, être considéré comme un signal d'alerte pour le SECM en vue de diligenter une enquête. La tendance est la même au premier semestre 2019 (112.826,08 € de prestations attribuées à Mme A. et ayant donné lieu à des remboursements de l'assurance soins de santé).*
- *Si le montant total des remboursements de l'assurance soins de santé versés par les organismes assureurs à Mme A. augmente entre 2017 et 2018, le nombre de prestations quant à lui diminue, ce qui signifie que le nombre de forfaits facturés à l'assurance soins de santé a augmenté.*
En effet, l'analyse des prestations attestées met en évidence (...) une augmentation de 50% du nombre de forfaits et une augmentation de 60% des forfaits B (...) [et] une augmentation de 886% des forfaits palliatifs.
En 2017 et 2018, Mme A. est au percentile 99 pour les soins de plaie simple, les forfaits B et les toilettes (...).
En 2017, elle était au percentile 94 pour les forfaits C ; en 2018, elle est au percentile 98.
- *Le nombre de visites (forfaits compris) en 2017 s'élève en moyenne à 51,68 visites par jour (18.828 visites sur 365 jours). En 2018, le nombre minimal de visites (forfaits compris) s'élève en moyenne à 37,44 visites par jour (13.667 visites sur l'année).*

Durant l'année 2017, 7.606 toilettes ont été portées en compte de l'assurance soins de santé, soit une moyenne de 20,84 toilettes par jour (365/365). Durant l'année 2018, 9.293 toilettes ont été portées en compte de l'assurance soins de santé, soit une moyenne de 25,46 toilettes par jour (365/365).

- *De janvier à mars 2018, des prestations sont attestées pendant 59 jours (31 jours en janvier, 28 jours en février, 0 jours en mars).*

Durant cette période, la puce de la carte d'identité électronique est lue à hauteur de 27%, le code barre est lu à hauteur de 65% et la lecture manuelle représente 8%.

Au cours de cette période, elle a effectué 2636 visites, soit 44,68 par jour de travail (c'est-à-dire des jours où elle a facturé des prestations à l'assurance soins de santé), dont 760 toilettes (soit 12,88 par jour), 163= forfaits A (soit 2,76 par jour), 564 forfaits B (soit 9,56 par jour) et 131 forfaits C (soit 2,22 par jour).

- *En 2019, elle introduit très tardivement la facturation.*

(...)

Quand le Service a regardé le flux en juin 2019, Mme A. avait porté en compte de l'assurance soins de santé des prestations pour 71 jours entre février et mai 2019, dont 28 jours en février, 12 jours en mars, 0 jours [en] avril et 31 jours en mai.

Parmi ces prestations, 33% ont donné lieu à une lecture de la puce de la carte d'identité, 56% ont donné lieu à une lecture du code barre et la lecture manuelle représente 11%.

(...)

Quand le Service a consulté le flux en décembre 2019, il y avait alors des prestations encodées pour tous les jours d[es] mois de mars et avril (...) pour un total de 120 jours entre février et mai.

Parmi ces prestations, 38,36% ont donné lieu à une lecture de la puce de la carte d'identité, 52,65% ont donné lieu à une lecture du code barre et la lecture manuelle représente 8,98%.

Mme A. introduit donc tardivement la facturation de ses prestations à l'assurance soins de santé ; par ailleurs, le taux de lecture de puce représente environ un tiers des prestations et la lecture du code barre est très haute (plus de 50%).

- *Jusqu'en 2017 (compris), Mme A. a facturé des prestations à l'assurance soins de santé 365 jours sur 365.*

(...) elle a facturé, en 2018, 243 jours sur 365, mais les données relatives aux 4 derniers mois de 2018 ne sont pas complet[e]s.

(...)

Mme A. n'a pas de contrat de travail salarié (...).

En revanche, suite à une incapacité de travail, Mme A. fait l'objet d'une décision du médecin conseil du 29/11/2012 l'autorisant à travailler à hauteur de 21h30 par semaine suivant un horaire fixe.

Les prestations qu'elle porte en compte de l'assurance soins de santé font apparaître des mois avec des soins facturés tous les jours du mois et pour un volume de travail, les semaines travaillées, bien supérieur à 21h30 hebdomadaires.

- *Mme A. n'était pas présente à la date et l'heure proposées [par le SECM, pour un contrôle] du 23/04/2019 et n'avait pas prévenu le Service de son absence. Elle n'a également pas réagi à la carte de visite laissée par le Service dans sa boîte aux lettres.*

Le 7/06/2019, un procès-verbal d'obstacle au contrôle a, dès lors, été dressé par le SECM.

Ces indices peuvent justifier selon le SECM l'application de l'article 77sexies de la loi ASSI, à savoir une mesure de suspension des paiements par les organismes assureurs en tiers payant, totalement ou partiellement, pendant une période maximale de 12 mois.

Par courrier recommandé du 2 mars 2020, le SECM invite dès lors Madame A. à communiquer ses moyens de défense.

Par courrier reçu le 29 mars 2020, Madame A. expose que :

- Elle a eu une augmentation de travail suite à la demande d'une collègue (Madame D.), qui s'est trouvée dans l'incapacité d'assurer le sien suite à des soucis de santé.
- Sa patientèle a vieilli et perd en mobilité, ce qui augmente le niveau des forfaits.
- Depuis septembre 2019, sa collègue a repris le travail, entraînant une forte diminution des soins fournis.
- En ce qui concerne l'encodage des prestations, il ne lui est pas toujours possible d'avoir les cartes d'identité de ses patients, car certains présentent des difficultés psychiatriques. Par ailleurs, elle rencontre des problèmes de connexion lors de la lecture des cartes.

Le 14 mai 2020, le Fonctionnaire-dirigeant f.f. du SECM adopte la décision contestée, en répondant comme suit aux moyens de défense communiqués :

- Madame A. n'apporte pas de précisions quant à la durée du remplacement de sa collègue. Par ailleurs, elle présentait un profil très élevé en 2017 et 2018, soit avant ce remplacement.
- La diminution des prestations déclarées à partir d'août 2019 n'est pas déterminante vu la facturation tardive constatée pendant cette année.
- Madame A. n'apporte pas de précisions quant à l'augmentation des forfaits causée par le vieillissement de ses patients. D'autant plus que ses dossiers n'ont pas été communiqués au SECM.
- Madame A. n'apporte pas de preuves des difficultés rencontrées avec les cartes d'identité électroniques de ses patients. D'autant plus qu'elle a pu lire les codes-barres de ces cartes, ce qui indique qu'elle y a eu accès.

Le Fonctionnaire-dirigeant f.f. ordonne dès lors la suspension totale des paiements par les organismes assureurs dans le cadre du régime du tiers payant à Madame A. pour une période de 12 mois. Il relève la présence d'indices :

- graves : *semblent être facturées à l'assurance soins de santé beaucoup de prestations, attribuées à Mme A., pour lesquelles la carte d'identité du patient n'a pas été lue et alors qu'elle fait l'objet d'une incapacité de travail ;*
- précis : *ces indices sont fondés notamment sur les données de facturation introduites par Mme A. auprès des organismes assureurs ;*
- concordants : *ces indices semblent indiquer que Mme A. a mis en place une ou plusieurs manœuvre(s) pour percevoir des sommes indues de l'assurance soins de santé.*

Cette décision a été notifiée le 18 mai 2020.

Par courrier recommandé du 17 juin 2020, Madame A. a introduit un recours auprès de la Chambre de première instance.

3. LA DISCUSSION

A. RECEVABILITE DU RECOURS

1. Principes - Article 4 arrêté royal du 9 mai 2008

L'article 4 de l'arrêté royal du 9 mai 2008 fixant les règles de fonctionnement et le Règlement de procédure des Chambres de première instance et des Chambres de recours instituées auprès du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI dispose que :

« A peine d'irrecevabilité, la requête est datée et signée par la partie requérante et elle contient les mentions suivantes :

1° les nom, prénom, catégorie professionnelle, domicile de la partie requérante ;

2° l'objet de la demande ou du recours et l'indication des faits et moyens ;

3° les nom, prénom, profession et domicile de la partie adverse ;

Pour l'application de l'alinéa 1^{er}, 1° et 3°, l'identité des personnes morales est suffisamment relatée par l'indication de leur dénomination, de leur nature juridique et de leur siège social. »

2. Application en l'espèce

Le SECM estime irrecevable le recours introduit par Madame A., au motif que ne figurent pas les mentions prévues par le point 3° du premier alinéa de l'article précité.

Il est donc reproché à la requérante de ne pas avoir mentionné la dénomination, la nature juridique et le siège social du SECM.

Sur base des pièces du dossier, la Chambre de première instance estime néanmoins que la requête introduite par Madame A. remplit les conditions exigées.

En effet, l'enveloppe contenant la requête et qui fait partie intégrante de celle-ci mentionne comme destinataire la « Chambre de première instance instituée auprès du Service d'évaluation et de contrôle médicaux, Avenue de Tervuren 211, 1150 Bruxelles ».

La requête mentionne les références de la décision contestée (...), et la volonté d'introduire un recours contre « une décision de notification de décision du fonctionnaire dirigeant ».

Il s'ensuit que la requête contient suffisamment d'éléments permettant d'identifier sans ambiguïtés la partie défenderesse, à savoir sa dénomination et son siège social. Quant à sa nature juridique d'établissement public, elle découle de sa dénomination.

Le recours de Madame A. est par conséquent recevable. La Chambre de première instance peut l'examiner.

B. FOND DU RECOURS

1. Principes - Article 77sexies loi ASSI

L'article 77sexies de la loi ASSI dispose que :

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

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

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

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

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

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

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

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

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 1994¹, définissent les contours de la notion d' « indices graves, précis et concordants de fraude » dans le sens de l'article 77sexies, alinéa premier, de la loi ASSI, tenant compte de l'objectif du législateur d'instaurer une mesure provisoire permettant d'éviter d'éventuels futurs montants indus :

¹ Publiées au Moniteur belge du 15 septembre 2017, p. 84944.

« 2.1 La notion d'indice »

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

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

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

2.2. La notion de "grave"

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

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

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

2.3. La notion de "fraude"

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

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

2.4. La notion de "précis"

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

2.5. La notion de "concordant"

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

(...)

Liste d'exemples :

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

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

Enfin, il convient de rappeler que la mesure mise en place à l'article 77sexies de la loi ASSI a un caractère préventif. Il s'agit d'une mesure provisoire permettant au SECM de mener des recherches plus approfondies concernant les indices de fraude relevés et éviter ainsi de créer un éventuel indu. Pendant la suspension temporaire, le SECM a la possibilité de vérifier soigneusement si oui ou non les prestations ont été facturées à bon droit².

² Doc. Parl. Chambre des représentants, Projet de loi du 10 février 2014 portant des dispositions diverses en matière de santé, 2013-2014, Doc. 53-3349/001.

2. Application en l'espèce

La Chambre de première instance examine l'existence d'indices graves, précis et concordants de fraude dans le cadre du présent dossier.

Elle doit constater que le Fonctionnaire-dirigeant f.f. du SECM a adéquatement motivé la décision contestée, tant en droit qu'en fait. Les indices invoqués sont bien des éléments matériels, concrets et vérifiables qui permettent de fonder raisonnablement un soupçon de fraude.

Pour rappel, il s'agit des éléments suivants :

- Le montant total des remboursements versés à Madame A. par les organismes assureurs s'élève à des montants supérieurs à 200.000,00 € pour les années 2017 et 2018, et la tendance est identique pour l'année 2019 (remboursement supérieur à 110.000,00 € pour les six premiers mois de cette année). En analysant les prestations attestées, Madame A. se retrouve au percentile 99 pour les soins de plaie simple, les forfaits B et les toilettes, et au percentile 98 pour forfaits C en 2018.
- Le nombre moyen de visites journalières s'élève à 51,68 en 2017 et 37,44 en 2018. Le nombre moyen de toilettes journalières s'élève à 20,84 en 2017 et 25,46 en 2018.
- L'autorisation de travailler donnée à Madame A. par le médecin-conseil de sa mutualité prévoit un horaire maximum de 21h30 par semaine. Or, des prestations sont facturées pour 365 jours sur l'année 2017 et au moins 248 jours sur l'année 2018.
- Les lectures des cartes d'identité de ses patients posent question, à partir du moment où en 2018 seulement 27% s'entre elles l'ont été via une lecture des puces électroniques, 65% via une lecture des codes-barres et 8% via une lecture manuelle.
- La facturation est encodée tardivement. En juin 2019, seuls 71 jours avaient été encodés pour la période de février à mai (dont 12 jours pour mars et avril). En décembre 2019, 120 jours avaient été encodés (dont tous les jours de mars et avril).
- Un procès-verbal d'obstacle au contrôle a dû être dressé par le SECM.

Ces indices sont graves, car ils indiquent potentiellement l'existence de prestations non effectuées. Ainsi, le nombre moyen de visites (et toilettes) journalières est très élevé, même sans tenir compte du fait que Madame A. n'est sensée travailler que 21h30 par semaine. Le montant total des remboursements est surprenant, car il place la requérante dans le percentile 99 (soit dans le 1^{er} pourcent) des infirmiers et infirmières belges bénéficiant de versements des organismes assureurs.

Le fait que la facturation soit encodée avec retard, et en utilisant majoritairement la lecture des codes-barres (qui peuvent être obtenus sur des copies de cartes d'identité), est également un indice grave de prestations fictives.

Les prestations déclarées paraissent invraisemblables au regard du temps nécessaire pour pouvoir les effectuer. Par ailleurs, le SECM n'a pas été en mesure de procéder au contrôle des documents en possession de Madame A. Or, ces deux faits constituent précisément des indices repris dans les directives du 19 avril 2017 précitées.

Les indices invoqués par le SECM sont également précis et concordants.

Les explications fournies ensuite par Madame A. ne permettent pas de contester la valeur des éléments retenus et de remettre en cause la mesure contestée :

- Le nombre moyen de visites (et toilettes) journalières est élevé depuis 2017, soit avant le remplacement de Madame D., et semble l'être encore en 2019, soit après celui-ci.
- A défaut de pouvoir consulter les dossiers de Madame A., le SECM n'a pas été en mesure de vérifier si l'augmentation des forfaits était causée par le vieillissement de ses patients.
- Madame A. a pu avoir accès aux cartes d'identité de ses patients, et ne justifie donc pas le pourcentage de lecture via codes-barres.

Enfin, les explications fournies à l'audience ne permettent pas non plus de remettre en cause la mesure contestée :

- Le fait que sa mutualité ne lui verse pas d'indemnités ne dispense pas Madame A. d'informer le médecin-conseil de sa reprise du travail à temps plein (6 à 7 heures par jour selon ses déclarations).
- Le fait qu'elle ait travaillé par le passé avec une aide-soignante pose problème, puisqu'un aide-soignant ne peut effectuer des activités infirmières que dans le cadre d'une équipe structurelle d'au moins 4 infirmiers (article 8 §12 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).
- Le fait qu'elle visite 6 ou 7 patients habitant dans la même rue n'explique pas qu'elle puisse atteindre des moyennes journalières de 51,68 visites en 2017 et 37,44 visites en 2018.
- Le fait qu'elle rencontre des difficultés dans la tenue de ses dossiers administratifs n'explique pas pourquoi elle n'a pas été en mesure de permettre le contrôle fixé par le SECM.

En conclusion, il existe bien des indices graves, précis et concordants de fraude, justifiant l'application de l'article 77*sexies* de la loi ASSI.

Le recours est non fondé. La décision contestée doit être confirmée.

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DE PREMIERE INSTANCE,**

Statuant après un débat contradictoire,

Déclare la demande de Madame A. recevable mais non fondée ;

Confirme dès lors la décision prise le 14 mai 2020 par le Fonctionnaire-dirigeant f.f. du SECM dans son intégralité.

La présente décision est prise par la Chambre de première instance, composée de Monsieur Gauthier MARY, président, des Docteurs Thibaut DUJARDIN et Olivia GEMBALA, des infirmiers Johan CORIJN et Gaétan MESTAG, membres, assistés de Madame Caroline METENS, greffière.

Et prononcée en audience publique du 11 mars 2021, par Monsieur Gauthier MARY, président, assisté de Madame Caroline METENS, greffière.

METENS Caroline
Greffière

MARY Gauthier
Président