

DECISION DE LA CHAMBRE DE PREMIERE INSTANCE DU 16 OCTOBRE 2024
Numéro de rôle FA-016-23 et FA-015-23

EN CAUSE DE: 1) **A. SRL**
Groupement avec un n° INAMI tiers payant (infirmiers, sages-femmes e.a.)

2) **B. SRL**
Groupement avec un n° INAMI tiers payant
(infirmiers, sages-femmes e.a.)
Représentées par Maître C., avocat.

CONTRE : **SERVICE D’EVALUATION ET DE CONTRÔLE MEDICAUX,**
institué au sein de l’Institut national d’assurance maladie-invalidité, établi à
1210 Bruxelles, avenue Galilée 5/01,
N° BCE : 0206.653.946 ;
Représenté par le Docteur D., médecin-inspecteur et par Madame E.,
juriste.

I. **PROCEDURE**

La Chambre de première instance a pris en compte dans son délibéré les pièces inventoriées des dossiers de la procédure, et notamment

- la requête de la SRL A. et de la SRL B., reçue au greffe de la Chambre de première instance le 25.10.2023 et notifiée à l’Institut national d’assurance maladie-invalidité le 27.10.2023
- le dossier du SECM
- les conclusions des parties requérantes
- les conclusions du Service d’évaluation et de contrôle médicaux (ci-après le SECM)
- les conclusions en réplique des parties requérantes
- les différentes convocations en vue de l’audience du 20.09.2024.

Les parties ont comparu à l’audience du 20.09.2024, audience à laquelle les débats ont été clos et le dossier pris en délibéré.

Il a été fait application de la loi relative à l’assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 (ci-après loi ASSI) et de l’arrêté royal du 9 mai 2008 fixant les règles de fonctionnement et le règlement de procédure des chambres de première instance et de recours.

II. OBJET DE LA DEMANDE

Par requête du 25.10.2023, les SRL A. et B. demandent à la Chambre de première instance de dire qu'il n'existe pas suffisamment d'indices graves, précis et concordants de fraude relatifs à la facturation à l'assurance soins de santé en tiers payant, de leur groupement et par conséquent, de réformer la décision attaquée, en annulant la décision de suspension du tiers payant pour une période de 12 mois pour les prestations introduites au remboursement par le groupement A. et B.

III. LES DÉCISIONS

La décision du fonctionnaire-dirigeant du 19 septembre 2023, notifiée le 21 septembre 2023, ordonne 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 M. F. et les groupements G., A. et B.

Seules ces deux dernières ont introduit un recours.

Il convient de joindre les deux procédures FA-016-23 et FA-015-23 en raison de leur connexité évidente.

IV. FAITS ET ANTECEDENTS

- Suspension du remboursement SRL B.

Mr F. est infirmier et possède le n° INAMI d'infirmier ... depuis le 8/2/2002.

Il est gérant de la SRL B., liée au groupement infirmier qui possède le n° INAMI ... depuis le 4/4/2006 et dont Mr F. est responsable. L'adresse du groupement se trouve ...

La SRL employait plusieurs prestataires de soins et facturait les soins effectués par ces derniers via le numéro de groupement infirmier. Mr F. était également prestataire de soins infirmiers dans le groupement et des soins étaient remboursés au groupement sur base de son propre n° INAMI d'infirmier.

Suite à des indices de fraude, le fonctionnaire-dirigeant du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI a suspendu pour un an à partir du 19/6/2021 les remboursements en tiers payant du groupement infirmier B. SPRL et de l'infirmier F. Le 5/5/2022, la Chambre de 1^{ère} instance a déclaré le recours irrecevable car tardif et, surabondamment, non fondé, en confirmant intégralement la décision litigieuse. Le 2 août 2023, la Chambre de recours a confirmé à son tour la décision du Fonctionnaire-dirigeant du 9 juin 2021.

P.M., Les indices graves, précis et concordants de fraude retenus étaient:

Hauts profils de plusieurs infirmier(e)s du groupement, salariées dont le temps de travail est réglementé. Percentiles élevés pour certaines prestations tel soins de plaies complexes, soins de plaies spécifique, thérapie de compression, injection...

Lors du passage des prestataires dans le groupement B. : explosion du Profil avec modification dans les percentiles qui deviennent très élevés (percentile 99) pour certaines prestations tel soins de plaies complexes, soins de plaies spécifique, thérapie de compression, injection...

Introduction tardive de la facturation.

Nombre élevé de soins de plaie complexes et spécifiques, facturées en introduisant le numéro INAMI de médecins prescripteurs pour lesquels d'une part, les médecins prescripteurs n'ont jamais prescrit ces soins, la plupart des patients concernés leurs étant inconnus ; d'autre part, quand le patient est connu par le médecin prescripteur, les soins attestés ne correspondent pas aux besoins du patient et/ou à la période réellement prescrite.

Aucune adaptation de la facturation depuis le mois d'août 2020 suite à la notification du PVC dd 30/7/2020 concernant l'attestation non conforme des codes du §1^{er} 1° et 2° de l'article 8, prestations effectuées au domicile ou à la résidence du bénéficiaire, alors que les codes du §1^{er} 3° bis, prestations effectuées au domicile ou à la résidence communautaires, momentanés ou définitifs, de personnes handicapées auraient dû attestés pour les patients séjournant aux « ... » à ..., institution pour personnes handicapées.

Pour quelques résidents, des soins de plaie et injections ont été attestés au moment de l'entrée à la résidence et ceci pour une période précédant leur séjour.

Taux de lecture eID suspecte supérieur à 10%.

Soins non-effectués signalés par un OA chez 3 assurés. Chez un assuré décédé et pour deux assurés, des soins ont été facturés par B. alors que des soins étaient déjà facturés par un autre groupement pour la même période (autre groupement qui lisait quotidiennement la carte eID de ces assurés, au contraire de B.).

Suspicion d'attestation de prestations non effectuées au nom de H., INAMI N°..., I., INAMI N°..., J., INAMI N°..., infirmier(e)s après qu'ils aient quitté le groupement.

- Suspension du remboursement SRL A.

Des recherches sur les assurés ont mis en évidence le contournement de la mesure prise à l'égard de la SRL B. par la facturation des prestations via le numéro de groupement infirmier A. (ouvert le 1/6/2020 N° INAMI ...).

Ce numéro de groupement est lié à la SRL A. constituée par Mr F. le 6/5/2020. La gérante de cette SRL était l'infirmière K. qui démissionne le 14/6/2022 (date de l'audition par la police). Mr F. est alors nommé administrateur.

La responsable du groupement infirmier est l'infirmière L. Mme K. et Mme L. faisaient toutes les deux partie du groupement B. Il n'y avait que 2 membres dans le nouveau groupement (Mme L. et Mme M.) alors que le groupement facturait au nom d'autres prestataires qui étaient en fait tous les prestataires du groupement B.

La SRL A. avec son numéro de groupement infirmier lié, a été créée au moment du démarrage de l'enquête INAMI. En effet le 26/2/2020, les premières prescriptions ont été demandées à Mr F. Ce nouveau numéro de groupement n'a été utilisé qu'à partir du moment où le numéro du groupement B. a été suspendu.

Suite à des indices de fraude, le fonctionnaire-dirigeant du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI a suspendu pour un an à partir du 5/9/2022 les remboursements en tiers payant des groupements infirmiers B. SPRL et A. et de l'infirmier F..' (LC 14 juillet 1994 – art 77 sexies).

P.M., les indices graves, précis et concordants de fraude étaient :

Facturation pour des prestataires ne faisant pas partie du groupement

Facturation de prestations non effectuées au nom de 4 prestataires pour un montant de 858.897,96 EUR.

Attestation de codes au domicile à la place de codes à la résidence communautaires, momentanés ou définitifs, de personnes handicapées

Facturation d'un nombre important de soins de plaies complexes et de soins de plaies spécifiques

Suspicion de fausses prescriptions encodées au nom du Dr N.

Facturation par A. de prestations avec date de prestations antérieures au 1/6/2020, alors que le groupement N'EXISTE PAS.

➤ Suspension du remboursement SRL G.

Des recherches sur les assurés ont mis en évidence le contournement de la mesure par la facturation des prestations via le numéro de groupement infirmier 'G.' ainsi nommé depuis le 14/11/2022 (N° INAMI ...).

Ce numéro de groupement est lié à la SRL G. existant depuis le 23/2/2015 et constituée à l'époque par Mme O. et Mr P. Mme O. est la gérante jusque 2/11/2022.

Mme O, infirmière, était responsable et membre d'un groupement qui s'appelait également G. (n° ... ouvert le 1/4/2015 en même temps que la constitution de la SRL G. Ce groupement ne facturait plus rien depuis l'année 2021 et a été clôturé le 4/3/2022.

Le siège de la SRL G. a déménagé le 28/2/2022 à la même adresse que la SRL A. qui a déménagé le même jour à cette même adresse.

Le nouveau groupement (n°...) existe depuis le 1/2/2022 mais s'appelait à l'époque Q. avec comme responsable l'infirmier Monsieur S. Or, des données DABRALI, aucun remboursement n'a été effectué sur ce numéro au 1^{er} semestre de 2022.

Le 14/11/2022 le groupement change de nom pour devenir G. et l'adresse du groupement déménage à ..., même adresse que le groupement A. Depuis le 14/11/2022, le responsable est devenu Monsieur S. Monsieur R. est encore membre du groupement.

A part Mme M., Mme T. et Mme U. ces dispensateurs ne sont pas repris dans le groupement INAMI. Ils n'ont pas fait de déclaration d'appartenance au groupement A.

V. ARGUMENTS DES PARTIES REQUÉRANTES

Les parties requérantes invoquent les arguments suivants :

- La violation du principe d'impartialité
- La violation de la présomption d'innocence
- Le criminel tient le civil en état
- Une procédure exceptionnelle

Le principe d'impartialité

L'analyse qui suit est reprise de la thèse de Alice Cordier "Le principe d'impartialité appliqué à l'autorité disciplinaire : analyse de la jurisprudence du Conseil d'État" ¹

« Selon la Cour européenne, l'impartialité consacrée à l'article 6 de la Convention se présente sous deux aspects, qui sont généralement repris en anglais sous les termes *actual bias* (a) et *likelihood of bias*, (b)² .

a) *L'impartialité subjective* L'impartialité subjective est une question de fond. Elle a égard au for intérieur du juge, à son état d'esprit lors de l'examen du dossier. Cette impartialité est présumée jusqu'à preuve du contraire. [...]

b) *L'impartialité objective* L'impartialité objective est une question de forme. Il s'agit cette fois pour le juge de paraître impartial. [...]

. Section 2. L'impartialité applicable aux autorités administratives

Le principe d'impartialité applicable à l'administration se caractérise également par ces mêmes aspects, objectif et subjectif.

À défaut d'une disposition générale applicable à toutes les administrations, il constitue la toile de fond de règles écrites particulières consacrant l'exigence d'objectivité³ .

Le principe d'impartialité ne doit toutefois pas porter atteinte au bon fonctionnement de l'administration. L'autorité administrative doit toujours être en mesure de pouvoir prendre une décision régulière.

Ainsi, un membre ne pourra s'absenter en raison d'un manque d'impartialité de sa part que si son remplacement est possible ou si le quorum de majorité est toujours atteint sans lui ⁴.

Autrement dit, selon le Conseil d'État, le principe d'impartialité trouvera à s'appliquer au cas qui lui est soumis à la condition que cette règle « soit compatible avec la nature spécifique et, en particulier avec la structure spécifique »⁵ de l'organe adoptant l'acte.

¹ <https://dial.uclouvain.be>

² D. LAGASSE, « Justice should not only be done but should also be seen to be done », obs. sous C.E., 28 janvier 1986, Thys, n° 26.116, J.T., 1989, p. 309. L'impartialité objective peut également être reprise sous l'expression : *Justice should not only be done, it must also be seen to be done*. F. KUTY, *L'impartialité du juge en procédure pénale. De la confiance décrétée à la confiance justifiée*, Bruxelles, Larcier, 2005, p. 260

³ J. JAUMOTTE, op. cit., p. 600 ; L.P. SUETENS, op. cit., p. 392 et 393. Dans le cadre de ce travail, nous mettons en avant des dispositions rencontrées en droit disciplinaire. Pour une doctrine développant d'autres matières voy. A. COOLSEAT, ibidem, p. 281 à 283. Épinglons que l'impartialité de l'autorité administrative peut aussi se retrouver dans une circulaire. Voy. à cet égard D. BATSELÉ et M. SCARCEZ, *Abrégé de droit administratif*, Bruxelles, Larcier, 2015, p. 73, n° 128 référant la circulaire n° 573 du 17 août 2007 relative au cadre déontologique des agents de la fonction publique administrative fédérale

⁴ C.E., 17 décembre 2013, Van Vaerenbergh, n° 225.851, p. 18 ; A. COOLSAET, op.cit., p. 310 et 311

⁵ Pour des arrêts reprenant ce phrasé voy. par exemple C.E., 31 juillet 2019, XXXX, n° 245.259, p. ; C.E., 18 décembre 2018, Platteau, n° 243.266, p. 18 ; C.E., 22 mai 2018, Knockaert, n° 241.551, p. 12 ; C.E., 10 janvier 2017, Dessalles, n° 236.998, p. 21 ; C.E., 18 septembre 2017, Charlier, n° 239.131, p. 45 ; C.E., 17 mai 2016, Del Pero, n° 234.744, p. 11 ; C.E., 7 février 2013, Coeckelberghs, n° 222.420, p. 19 ; C.E., 20

Par exemple, le Conseil d'État a déclaré que le moyen pris de la violation du principe d'impartialité ne contrevenait pas au fonctionnement de l'administration lorsque :

- il était possible, pour le supérieur hiérarchique ayant porté plainte contre l'agent, de se faire remplacer et ce, conformément à l'article 46 de la loi du 7 décembre 1998 organisant un service de police intégré et structuré à deux niveaux.

- « le conseil d'administration, conformément à ses statuts, pouvait valablement délibérer et se prononcer sur l'affaire disciplinaire du requérant, sans que les membres susmentionnés du conseil de direction ne fussent présents »

Si on associe impartialité et collégialité, les décisions étudiées peuvent alors être regroupées en deux courants, le premier n'exigeant que la preuve de l'impartialité d'un membre, l'autre exigeant la preuve que cette impartialité a eu une influence sur la décision⁶.

En l'espèce

Selon les parties requérantes, le SECM fait preuve de partialité car il fonde ses indices de fraude dans le chef de A. et de B. sur les liens existants entre les groupements B., A. et Monsieur F. Or, ces groupements doivent pouvoir faire l'objet de procédure impartiale, leur garantissant qu'aucun amalgame ne soit effectué entre les différentes procédures.

Le précédent de Monsieur F. ne devrait donc en rien influencer l'enquête ou alimenter les suspicions à l'égard des deux autres SRL.

Pour le SECM il n'y a pas de problème d'impartialité dès lors que la décision du Fonctionnaire-dirigeant peut être contestée devant la Chambre de 1^{ère} instance, juridiction administrative indépendante et impartiale disposant d'une compétence de pleine juridiction (article 144 §1 et §2 de la loi SSI).

La CPI estime que l'argumentation relative à un risque d'impartialité n'est pas pertinente.

Monsieur F. a déjà fait l'objet de plusieurs enquêtes et à chaque fois des infractions ont été relevées. Il en va donc du principe de bonne administration de suivre l'activité d'un dispensateur de soins qui a, à son passif, de nombreuses infractions à la réglementation.

Ces enquêtes ne sont pas dirigées contre Monsieur F. personnellement mais bien contre un comportement infractionnel à travers diverses sociétés. Le SECM agit alors dans un but de

décembre 2012, Trevisiol, n° 221.863, p. 3 ; C.E., 23 décembre 2011, Laude, n° 217.057, p. 8 ; C.E., 23 juin 2011, Monard, n° 214.094, p. 7 ; C.E., 30 mars 2009, Wallon, n° 192.038, p. 5 ; C.E., 18 septembre 2002, De Becker, n° 110.411, p. 9 ; C.E., 21 août 2001, Schmitz, n° 98.432, p.6 et 7 ; C.E., 3 avril 2001, Voue, n° 94.495, p. 7 ; C.E., 8 mai 2000, Masset, n°87.089 ; p. 16 ; C.E., 4 avril 2000, Lejeune, n° 86.566, p. 13 ; C.E., 12 juin 1995, Schurmans, n° 53.652 ; p. 10 ; C.E., 2 juin 1992, Rampelbergh, n° 39.569 ; C.E., 3 avril 1992, Reyniers, n° 39.156 ; C.E., 15 septembre 1987, Jacquart, n° 28.448, p. 16. °

⁶ L'impartialité d'un organe collégial ne peut être mise en cause que si, d'une part, des faits précis peuvent être allégués, de nature à faire planer un doute raisonnable quant à l'impartialité d'un ou plusieurs membres du collège, et si, d'autre part, il ressort des circonstances de la cause que la partialité de ce ou de ces membres a pu influencer l'ensemble du collège; cette règle reste d'application lorsque la décision du collège doit être prise par consensus (1). (1) Voir Cass. 25 avril 2014, RG C.13.0255.F, Pas. 2014, n° 300.

préservation des deniers publics, dont l'article 77 sexies est la ratio legis⁷, la récupération des deniers publics étant toujours très aléatoire.

Or, Monsieur F. apparaît comme ayant un rôle actif au sein des deux sociétés requérantes.

La présomption d'innocence

Les sociétés requérantes reprochent à l'enquête de l'Institut National d'Assurance Maladie Invalidité de ne pas avoir été établie à charge et à décharge.

Il est reproché principalement à l'enquête de mettre à la cause la SRL G. sans apporter de preuve de son implication.

Comme le relève le SECM

« Si tout accusé est présumé innocent jusqu'à ce que sa culpabilité ait été légalement établie, le principe ne s'oppose pas à l'adoption de mesures conservatoires dès lors que celles-ci n'ont pas pour objet d'engager une procédure pénale à l'encontre de la personne ou de l'entité visée. De telles mesures doivent cependant, compte tenu de leur gravité, être prévues par la loi, être adoptées par une autorité compétente et présenter un caractère limité dans le temps »⁸.

Notons que la SRL G. n'a pas fait appel de la décision du 19.09.2023, qui la vise pourtant, ni Monsieur F.

En outre, l'article 77 sexies ne vise que des indices de fraude, sans que la preuve de la fraude doive être rapportée.

Sans mettre à mal la présomption d'innocence, c'est à juste titre que le SECM relevant des indices de fraude, adopte une décision conservatoire et protectrice des deniers publics, dans l'attente d'un débat contradictoire sur les faits reprochés.

Le criminel tient le civil en état

Actuellement, aucune procédure pénale n'est en cours.

⁷ Voir exposé des motifs, DOC 53 3349/00, [53K3349001.pdf \(lachambre.be\)](#), p.64 : « *S'il existe des indices graves, précis et concordants de fraude en rapport avec les prestations tarifées par un dispensateur de soins au sens de l'article 2 n, qui pourraient provoquer une récupération à charge de ce dispensateur de soins, il est nécessaire que le Service d'Evaluation et de Contrôle médicaux de l'Institut puisse prendre des mesures temporaires et conservatoires pour préserver les intérêts financiers du système* ».

⁸ TPICE, 2 septembre 2009, El Morabit c. Conseil, aff. jointes T-37/07 et T-323/07, ECLI:EU:T:2009:296, point 40. Pour des affirmations plus récentes, voy. notamment Trib. UE, 28 février 2019, Sourouh c. Conseil, aff. T-440/16, ECLI:EU:T:2019:115, points 121 à 124 ; Trib. UE, 28 février 2019, Almashreq Investment Fund c. Conseil, aff. T-415/16, ECLI:EU:T:2019:116,

Procédure exceptionnelle

Les parties requérantes estiment, sur base du nombre de décisions fondées sur l'article 77 sexies, qu'il s'agit d'une procédure exceptionnelle dans le sens de « rarement appliquée ». Or, plusieurs décisions sur cette base les concernent. Elles estiment être victimes d'un acharnement de la part des services de contrôle.

L'attitude des contrôleurs est pourtant tout à fait adéquate. Dès lors qu'une fraude a été relevée, il est normal que les services effectuent des contrôles subséquents afin de vérifier si le contrevenant respecte désormais la législation (il peut y avoir des erreurs, des incompréhensions de la loi, voire des fraudes avérées mais dont l'auteur a pris conscience des conséquences) ou s'il maintient son attitude infractionnelle, ce qui est le cas présent. Et il y aura probablement de nouveaux contrôles.

VI. POSITION DE LA CPI

VI.1. Rappel des dispositions applicables

Dans le cadre des dispositions « concernant la lutte contre la fraude », l'article 77 sexies de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, dans sa version applicable à l'époque des faits, dispose que :

« § 1er. Pour l'application du présent article, on entend par dispensateur de soins: le dispensateur de soins au sens de l'article 2, n), les mandataires et/ou l'entité qui organise la perception des sommes dues par l'assurance obligatoire soins de santé.

S'il existe des indices graves, précis et concordants de fraude dans le chef d'un dispensateur de soins, les paiements par les organismes assureurs à ce dispensateur de soins peuvent être suspendus, dans le cadre du régime du tiers payant, totalement ou partiellement, pour une période maximale de douze 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 de fraude au Service d'évaluation et de contrôle médicaux, il en informe simultanément les autres organismes assureurs.

§ 2. Le Service d'évaluation et de contrôle médicaux notifie les faits sur lesquels se basent les indices de fraude au dispensateur de soins concerné.

Il l'invite également à lui transmettre ses moyens de défense dans un délai d'un mois.

La notification des indices de fraude et la demande de moyens de défense sont réalisées soit par envoi recommandé, qui est censé être reçu le troisième jour ouvrable qui suit celui de sa remise au prestataire de services postaux, soit au moyen des services électroniques visés à l'article 146 quater.

§ 3. 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 dans le cadre du régime du tiers payant par les organismes assureurs, il détermine la durée de suspension et si la suspension est totale ou partielle.

La décision est prise au plus tard dans les deux mois qui suivent la réception des moyens de défense ou, en l'absence de moyens de défense, au plus tard dans les deux mois qui suivent l'expiration du délai d'un mois visé au § 2, alinéa 2.

La suspension des paiements vaut aussi bien pour les prestations dont la date de prestation se situe pendant la période de suspension que pour les prestations antérieures à celle-ci mais non encore payées par les organismes assureurs au moment de la prise d'effet de la décision.

Elle vaut également quel que soit le numéro de tiers payant utilisé par le dispensateur de soins dans le chef duquel il existe des indices graves, précis et concordants de fraude.

§ 4. La décision est notifiée par envoi recommandé au dispensateur de soins. Elle prend effet, nonobstant appel, le troisième jour ouvrable qui suit celui de sa remise au prestataire de services postaux.

Elle peut également être notifiée au moyen des services électroniques visés à l'article 146 quater. Dans ce cas, la décision prend effet, nonobstant appel, le premier jour ouvrable qui suit celui de l'envoi d'un email informant le destinataire que la décision est disponible via les services électroniques visés à l'article 146 quater.

Copie de la décision est simultanément notifiée aux organismes assureurs.

Un appel non suspensif peut être formé devant la Chambre de première instance conformément à l'article 144, § 2, 4°.

§ 5. A partir de la date de prise d'effet de la décision, le dispensateur de soins concerné, utilisant le régime du tiers payant, doit transmettre les documents visés à l'article 53, § 1er, aux organismes assureurs, à peine de déchéance, dans un délai de deux mois suivant la fin du mois au cours duquel les prestations ont été fournies.

Pour les prestations dont la date de prestation se situe avant la période de suspension et pour lesquelles la prescription conformément à l'article 174, alinéa 1er, 3° et 4°, n'est pas atteinte au moment où la décision prend effet, le délai de déchéance commence néanmoins à courir à partir du mois qui suit celui où la décision prend effet.

§ 6. La suspension des paiements prend fin de plein droit si, dans les douze mois à compter de la date de prise d'effet de la décision, aucun procès-verbal de constat n'est établi.

Le procès-verbal de constat peut porter à la fois sur des prestations antérieures à la prise d'effet de la suspension des paiements et sur des prestations dont la date se situe pendant la période de suspension.

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

§ 7. Les paiements suspendus par les organismes assureurs peuvent être utilisés pour le paiement des sommes dues à l'Institut, conformément à l'article 206bis, § 1er, en exécution d'une décision définitive visée à l'article 156.]

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

Mais 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.

« Le régime mis en place par la disposition précitée s'inscrit dans une logique de prévention et a un caractère temporaire et conservatoire : « S'il existe des indices graves, précis et concordants de fraude en rapport avec les prestations tarifées par un dispensateur de soins au sens de l'article 2 n, qui pourraient provoquer une récupération à charge de ce dispensateur de soins, il est nécessaire que le Service d'Evaluation et de Contrôle médicaux de l'Institut puisse prendre des mesures temporaires et conservatoires pour préserver les intérêts financiers du système. Les paiements dans l'assurance obligatoire soins de santé via le régime tiers payant doivent pouvoir être suspendus temporairement s'il y a des indices graves, précis et concordants de fraude, comme visés aux articles 232 et suivants du Code pénal social, dans le chef du dispensateur de soins au sens de l'article 2 n. Quand la fraude suspectée émane d'une institution de soins ou d'un dispensateur de soins, les organismes assureurs s'informent les uns les autres et informent le Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'institut de ces soupçons.

Le processus de tarification lui-même ne doit pas être arrêté, seuls les paiements sont suspendus. Cette suspension temporaire totale ou partielle des paiements permet de vérifier très soigneusement si oui ou non les prestations ont été facturées à bon droit. Pendant la période de suspension temporaire, la mutualité peut, en collaboration avec le Service d'évaluation et de contrôle médicaux, organiser une enquête plus précise à charge du dispensateur de soins, de l'institution de soins, pendant que les paiements sont temporairement gelés. Il s'agit d'une mesure provisoire, limitée dans le temps, qui évite d'éventuels futurs paiements indus »⁹

La CR¹⁰ dans sa décision, examine comme suit les dispositions légales et réglementaires.

« Les directives du 19 avril 2017 portant exécution de l'article 13 bis, § 2, 6°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (M.B., 15 septembre 2017) fixent les contours de la notion d'"indices graves, précis et concordants" visée à l'article 77 sexies de la loi précitée, dans les termes suivants :

1. Généralités

L'article 77 sexies de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (ci-après : « loi ASSI ») prévoit la suspension temporaire des paiements par les organismes assureurs dans le cadre du régime du tiers payant s'il existe des "indices graves, précis et concordants de fraude" dans le chef d'un dispensateur de soins.

En vertu de l'article 13 bis, § 2, 6°, de la loi ASSI, la Commission Anti-Fraude élabore des directives afin de tracer les contours de la notion d'"indices graves, précis et concordants".

Cette directive vise à définir les contours de la notion d'« indices graves, précis et concordants de fraude » dans le sens de l'article 77 sexies, alinéa premier de la loi ASSI.

Il ne faut en l'occurrence pas perdre de vue que l'objectif du législateur est d'instaurer une mesure provisoire permettant d'éviter d'éventuels futurs montants indus (Exposé des motifs, Ch. repr., sess. 2013-2014, Doc 53 3349/001, p. 65).

⁹ Ch., doc. parl., DOC 53 3349/001, pp. 64-65, cité par CR 22.07.2024, FB-007-23

¹⁰ CR 22.07.2024, FB-007-23

2. Définition des notions

2.1. La notion d'"indice"

Un indice de fraude est un élément matériel, concret et vérifiable qui permet au Service d'évaluation et de contrôle médicaux (ci-après : « SECM ») de raisonnablement fonder un soupçon de fraude, ce qui est différent d'une preuve. (souligné par la CPI)

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 77 sexies 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 32 et suivants du Code Pénal Social (Chambre, sess. 2013-2014, doc. 53, 3349/001,2 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 77 sexies de la loi AMI. Plusieurs indices non contradictoires doivent être trouvés.

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

[...]

3. Liste d'exemples :

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

- La présentation de documents ou d'écrits comportant une omission, une altération ou des inscriptions fictives en vue d'obtenir un remboursement indu de l'assurance soins de santé ;
- La présentation de documents ou d'écrits rédigés à l'insu de la personne mentionnée dans le document ;
- Des infractions identiques ou comparables commises à plusieurs reprises, comme par exemple la facturation des prestations non effectuées**, a fortiori lorsqu'un dispensateur de soins a déjà été condamné définitivement par le Fonctionnaire dirigeant du SECM, la Chambre de première instance, la Chambre de recours, par un organe disciplinaire ou par toute autre juridiction ;
- Le dispensateur de soins n'a pas adapté sa pratique malgré des constatations antérieures faites concernant le même type de prestations ;
- Le dispensateur de soins organise son insolvabilité dans le but de se soustraire à ses obligations à l'égard de l'assurance soins de santé ;
- Le **dispensateur de soins utilise tout moyen pour contourner une mesure d'interdiction d'application du régime du tiers payant ou une mesure de suspension des paiements dans le cadre du régime du tiers payant** (surligné par le CPI);
- 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".

VI.2. Examen des faits reprochés

Notons que les parties requérantes n'émettent aucune contestation quant au fondement de la décision.

Les faits reprochés sont des données factuelles non réellement contestables. Seules pourraient être contestées les interprétations faites par le SECM.

Quels sont les indices retenus par l'enquête ?

La CPI indique ici les grandes lignes des éléments relevés par l'enquête (et qui ne sont pas contestés matériellement). Tous les détails se situent dans les décisions notifiées aux parties et à laquelle la CPI se réfère.

A. Communication de l'OA 300 : Prestations non effectuées et sur scorage de l'échelle de KATZ

Ayant remarqué le transfert vers le nouveau groupement G. suite à la suspension du tiers payant de B. et de A., l'OA 300 a contrôlé les forfaits (échelle de KATZ) à domicile et aux ... pour ses affiliés.

Pour les soins à domicile, 8 contrôles ont été effectués le 22/3/23 et tous les accords forfait B et Forfait C contrôlés ont été stoppés car il n'y avait plus aucune toilette et plus aucun soin presté.

Au centre "...", 22 résidents ont été contrôlés le 4/4/23 et toutes les catégories ont été revues à la baisse. En outre ce sont toujours les codes de l'art 8 §1, 1° et 2° (domicile) qui sont attestés à la place de ceux du §1 3° bis (résidence communautaire de personnes handicapées).

Les résultats sont de toute évidence des constats d'irrégularités pour les forfaits aux ... (surscorage de l'autonomie - échelle de KATZ - ouvrant le droit à des forfaits mieux rémunérés) et de fraudes à domicile (soins facturés non prestés).

Pour les 8 patients contrôlés à domicile pour lesquels les forfaits ont été stoppés puisqu'aucun soin n'était effectué, il y a depuis le 1/3/23, une facturation à l'acte d'une 1ère prestation de base, d'un pansement de plaie complexe, d'une 2ème prestation de base et d'une injection médicamenteuse, la semaine ainsi que le weekend (Code 425014 424351 425036 423076). Ces soins sont facturés pour une période antérieure à la date du contrôle (22/3/2023) au cours duquel les assurés ont déclaré ne plus recevoir de soins.

Ces faits ne sont pas contestés.

B. Suspicion d'un montage concernant l'ouverture du groupement n° ... s'appelant d'abord Q. puis G.

Le groupement G. n° ... existe depuis le 1/2/2022 mais portait un autre nom, à savoir Q. avec, comme responsable, Monsieur R. Mais aucun remboursement n'a lieu au 1^{er} semestre 2022 sous ce numéro.

Il ressort des données du flux eID que le groupement commence à facturer au 4^{ème} trimestre de 2022, soit 8 mois après la création du nouveau groupement et ce, au moment de la suspension du tiers payant des groupements B. et A.

Les faits ne sont pas contestés.

Le 14/11/2022, le groupement change de nom pour devenir G. et l'adresse du groupement déménage, même adresse que le groupement A.

Concernant l'infirmier Monsieur R., il est étonnant qu'aucune de ses prestations ne soit remboursées d'une part, sur le numéro de groupement Q. dont il est responsable à l'origine et, d'autre part, ensuite, sur le groupement G. dont il est membre. Ses prestations au 1^{er} semestre de 2022 sont remboursées en tiers payant sur le groupement V., groupement dont il est le responsable depuis le 1/3/2019 et sur le groupement W. dont il est membre depuis le 1/11/2014. Des données du flux eID, il ressort également qu'aucune prestation n'est remboursée sur le groupement G. au nom de Monsieur R. de T4 2022 à mai 2023.

A la date de suspension du groupement A., le 5/9/2022, une infirmière de A., Mme M. apparaît dans le groupement G. ainsi que 2 autres nouvelles infirmières.

Pourtant, selon DOLSIS, la société a engagé tout le personnel infirmier qui facturait sur le n° de groupement de B. et/ou A., à savoir les infirmiers K., X., L., I. et Y.

Ces faits ne sont pas contestés.

C. Suspicion d'un montage concernant la reprise de la SRL G. permettant l'ouverture d'un nouveau groupement

La société derrière le groupement est la SRL G. qui existe depuis le 23/2/2015 et qui a été constituée à l'époque par Mme O. et Mr P.

Mme O. est infirmière et était responsable et membre d'un groupement qui s'appelait aussi G. (mais portant un autre numéro, le n° ...) ouvert le 1/4/2015 en même temps que la constitution de la SRL G.

Ce groupement ne facturait plus rien depuis l'année 2021 et a été clôturé le 4/3/2022.

Le siège de la SRL G. a déménagé le 28/2/2022 à la même adresse que A. Le 1/2/2022 la SRL G. permet l'ouverture d'un nouveau numéro de groupement.

Le 2/11/2022, Monsieur S. devient l'administrateur de la SRL G.

En date du 1/12/2022, tout le personnel de A. est transféré vers la SRL G. mais n'apparaît pas dans le groupement communiqué à l'INAMI.

D. Facturation pour des prestataires ne faisant pas partie du groupement

Du flux eID du 4ème trimestre 2022 à mai 2023, il ressort que le groupement G. porte en compte des prestations au nom de dispensateurs qui ne font pas partie du groupement et n'ont pas signé le document d'appartenance au groupement G.

E. Facturation de prestations non effectuées au nom de 4 prestataires pour un montant de 23.494,96 EUR.

Alors qu'un des indices de fraude ayant mené à la suspension du tiers payant du groupement B. et du groupement A. concerne la suspicion d'attestation de prestations non effectuées au nom de H., Madame J., Madame Z., et Madame AA', infirmier(e)s après qu'ils aient quitté le groupement, le groupement G. continue de facturer des prestations au nom de ces 4 prestataires alors qu'ils ne sont pas repris dans le personnel de G. et qu'ils n'ont pas signé le document d'appartenance au groupement G.

Il est fort probable que leur numéro INAMI a été utilisé à leur insu pour facturer en tiers payant des soins à l'assurance soins de santé et indemnité (ASSI), si tant est que les soins aient été prodigués.

Ainsi 876 prestations ont été facturées par G. à l'insu du prestataire Madame J. pour un montant de 11.268,08 EUR.

Ainsi 616 prestations ont été facturées par G. à l'insu du prestataire Madame Z. pour un montant de 7.165,22 EUR.

Ainsi 360 prestations ont été facturées par G. à l'insu du prestataire Madame AA' pour un montant de 4.396,43 EUR.

F. Haut profil des prestataires facturant sous le n° de groupement

Si on extrapole les montants facturés de T4 2022 à mai 2023 (8 mois) sur une année, 9 prestataires présentent des profils élevés voire très élevés, 2 d'entre eux ont des profils supérieurs à 180.000 EUR et 3 supérieurs à 200.000 EUR.

Or, l'intervention de l'assurance est subordonnée, pour un dispensateur de soins sous statut salarié, à la facturation d'un maximum de 22.000 valeurs W (soit 100.000 EUR) par année civile et, pour un dispensateur de soins sous statut indépendant ou sous statut salarié et sous statut indépendant, à la facturation d'un maximum de 40.000 valeurs W (soit 180.000 EUR) par année civile¹¹.

G. Taux de lecture de la carte eID suspect

Les articles 32/1 à 32/12 du Règlement des soins de santé du 28/07/2003 règlent les dispositions en vigueur pour la vérification de l'identité du patient en cas d'application du tiers payant.

De l'analyse des données de facturation récentes (flux eID), il ressort que pour les prestations du 4ème trimestre 2022, G. a procédé à 42,33% de lecture suspecte, c'est-à-dire que la lecture de la puce de la carte d'identité du patient n'a pas eu lieu.

Au 1er trimestre 2023, il y a 57,63% de lecture suspecte.

En avril 2023, nous remarquons 46,49% de lecture suspecte.

¹¹ Art.8, §3 bis de la NPS

En mai 2023, nous remarquons 59,62% de lecture suspecte.
Sur toute la période, il y a 52,05% de lecture suspecte.

Le taux de lecture suspecte est donc supérieur à 10%, contrairement au prescrit de la réglementation¹².

H. Attestation de codes au domicile à la place de codes à la résidence communautaires, momentanés ou définitifs, de personnes handicapées

Alors qu'un des indices de fraude ayant mené à la suspension du tiers payant du groupement B. est l'inadaptation de la facturation depuis le mois d'août 2020 suite à la notification du PVC dd 30/7/2020 rédigé à l'encontre de la SPRL B. concernant l'attestation non conforme des codes du §1er, 1° et 2° de l'article 8, que le même indice est repris pour la suspension du tiers payant de A. qui a reçu un PVC pour ce grief en dd 31/1/2023, le groupement G. continue de facturer des prestations de domicile du §1er, 1° et 2° de l'article 8 alors que doivent être attestés des codes moins onéreux pour personnes en résidence communautaire du §1er, 3°bis de l'article 8 (prestations effectuées au domicile ou à la résidence communautaires, momentanés ou définitifs, de personnes handicapées), les prestations de soins infirmiers étant délivrées, entre autres, dans une institution pour personnes handicapées « ... » à ...¹³.

Dans les données du flux eID pour le groupement G. du 4ème trimestre 2022 à mai 2023 ne sont retrouvées que des prestations du §1er, 1° et 2° de l'article 8 (domicile).

VI.3. Ces éléments constituent-ils des indices graves, précis et concordants justifiant la suspicion de fraude au sens de l'article 77 sexies ?

Rappelons que la preuve complète des faits invoqués ne doit pas, à ce stade, être apportée.

L'article 77 sexies permet de prendre une mesure préventive qui consiste en une suspension temporaire des remboursements en tiers payant 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 à ce stade, 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 est justifiée.

Rappelons également que selon le Procureur général LECLERCQ,

« Ces deux notions de dol et de fraude fort voisines, s'interpénètrent et il est d'autant plus malaisé de les départager que les auteurs de notre Code civil semblent avoir, parfois, utilisé ces termes comme synonymes. Ce qu'il nous suffit de comprendre et de retenir pour la solution des problèmes que nous examinons ensemble, c'est que celui qui use de dol ou de fraude a, dans chaque cas, la volonté malicieuse de tromper l'administration en vue de son propre profit. Nous rejoignons ainsi notre opinion selon laquelle le législateur

¹² Articles 32/1 à 32/12 du 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,

¹³ Voir CR 4 avril 2023, FA-004-22

semble avoir voulu - en retenant cette double formulation - viser tout agissement volontairement illicite dont certains bénéficiaires de prestations sociales usent pour en obtenir indûment l'octroi, ce afin de distinguer ces cas de ceux (...) où les versements indus découlent soit d'erreur administrative, soit d'un manque de diligence des organismes attributeurs dans l'application des règles de cumul »¹⁴

La doctrine actuelle décrit, quant à elle, comme suit les manœuvres frauduleuses :

« Les manœuvres frauduleuses impliquent, dans le chef d'une personne, une volonté de tromper en vue d'obtenir un avantage auquel elle n'a pas droit. Dès lors :
- la simple méconnaissance de la loi n'entraîne pas par elle-même l'existence de manœuvres ;
- le seul fait de ne pas procéder à une déclaration, même imposée par la loi, ne constitue pas en soi une manœuvre frauduleuse si l'intention de tromper n'est pas démontrée » (J-F. FUNCK, Droit à la sécurité sociale, Ed. De Boeck, 2006, p.73-74).

Cette dernière phrase constitue une application de l'enseignement issu de l'arrêt prononcé par la Cour de cassation le 4 janvier 1993 (Pas., I, p.3), selon lequel « l'action en récupération des indemnités d'incapacité de travail octroyées indûment se prescrit par deux ans à compter de la fin du mois auquel se rapportent ces indemnités, même si, à la suite d'une omission non-frauduleuse, le titulaire n'a pas informé son organisme assureur de sa demande d'obtention d'un avantage en raison duquel il ne pouvait plus prétendre aux indemnités d'incapacité de travail ».

La Cour de céans a défini, quant à elle, les manœuvres frauduleuses « comme tout agissement malhonnête réalisé malicieusement en vue de tromper un organisme assureur pour son propre profit, pouvant aussi bien consister en des actes positifs qu'en des abstentions ou attitudes passives » (C.T. Mons, 3/4/1992, Bull. inf. INAMI, 1992, p.338 ; C.T.Mons, 10/1/1992 et « la chronique de jurisprudence relative à la reprise d'une activité sans l'autorisation du médecin-conseil », M. DE MEESTER - DE GHELLINCK, R.B.S.S., 1993, p.43).

La fraude ne se présume pas de telle sorte que la charge de la preuve de l'existence de manœuvres frauduleuses dans le chef de l'assuré social incombe à l'organisme de sécurité sociale »¹⁵

Dans le cas présent, les éléments relevés lors de l'enquête laissent supposer cette volonté de fraude au préjudice de l'Institut National d'Assurance Maladie Invalidité.

Il y a-t-il acte intentionnel ? La réponse est affirmative. On ne peut retenir, comme semble le soulever à demi-mot les parties requérantes, qu'il s'agisse d'erreurs matérielles lorsque l'on examine la concomitance entre la création / utilisation de numéros de groupements infirmiers d'une part, et la suspension du remboursement en tiers payant d'autres groupements, d'autre part.

Il en est de même lorsque les forfaits « domicile » sont sciemment utilisés au lieu des forfaits « communautaires », alors que Monsieur F., dans les autres sociétés dans lesquelles il travaille, ont déjà fait l'objet de rappel et décision de suspension.

¹⁴ J. LECLERCQ, Mercuriale du 2/9/1975 in « La doctrine du judiciaire », De Boeck, p.318-319

¹⁵ Cité par C.T. Mons, 18 février 2009, ECLI:BE:CTMON:2009:ARR.20090218.19

On ne peut parler d'erreur lorsque sont portées en compte des prestations non effectuées, effectuées sous un numéro INAMI inexact ou par des personnes ne faisant pas partie du groupement infirmier.

Et le fait de ne pas recourir massivement à la lecture des puces de la carte d'identité favorise la fraude.

Tous ces éléments constituent des indices graves, précis et concordants qui justifient la suspension des remboursements en tiers payant.

La décision est confirmée.

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

Statuant contradictoirement à l'égard du SECM, de la SRL B. et de la SRL A.

JOINT les requêtes portant les numéros de rôle FA-015-23 et FA-016-23

DECLARE les requêtes recevables mais non fondées

CONFIRME la décision du Fonctionnaire-dirigeant du 19 septembre 2023.

La présente décision est prise par la Chambre de première instance, composée de Madame GUIDET Corinne, Présidente, Docteurs GEMBALA Olivia, DUJARDIN Thibaut, Madame ORI Christine, Monsieur CORIJN Johan, membres.

Et prononcée à l'audience du 16 octobre 2024 par Madame Corinne GUIDET, Présidente, assistée de Madame Caroline METENS, greffière.

METENS Caroline
Greffière

GUIDET Corinne
Présidente