

**DECISION DU FONCTIONNAIRE-DIRIGEANT DU SERVICE D'EVALUATION ET DE
CONTROLE MEDICAUX DE L'INAMI EN DATE - 23 DECEMBRE 2009.
BRS/F/09/030**

**En cause: Docteur A.
Médecin spécialiste en neuropsychiatrie**

**Décision prise en vertu de l'article 143 §§ 1, 2 et 3 de la loi relative à l'assurance
obligatoire soins de santé et indemnité coordonnée le 14 juillet 1994.**

I: GRIEFS

L'enquête menée par le Service d'évaluation et de contrôle médicaux (ci-après, SECM) a abouti à la formulation de trois griefs énoncés à l'encontre du Docteur A. qui relèvent de la loi coordonnée, telle qu'elle était en vigueur avant le 15 mai 2007. Ces griefs sont décrits de manière exhaustive dans la note de synthèse E/... qui a été communiquée à l'intéressé.

Grief n°1

Avoir porté en compte à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités des prestations non conformes à la loi ou à ses arrêtés d'exécution, à savoir des prestations attestées à des dates différentes alors qu'elles ont été réalisées le même jour et ce dans le but de contourner une interdiction de cumul entraînant de ce fait un débours indu pour l'assurance obligatoire soins de santé.

Ces faits relèvent des dispositions de l'article 141, § 5, 4ème alinéa, litera b) de la loi coordonnée le 14/07/1994 en vigueur au moment des faits.

En l'espèce, il s'agit des prestations 477131 et 477315 portées en compte pour des potentiels cérébraux évoqués (V.C.N. ou C.N.V. et l'onde P300) réalisés à une autre date que celle indiquée sur les documents de facturation ayant comme conséquence d'induire une intervention de l'assurance soins de santé invalidité supérieure à celle autorisée par la nomenclature des prestations de santé dans la mesure où ces prestations n'étaient pas cumulables avec d'autres (EEG et PE par stimulation auditive) réalisées lors de la même séance.

Grief n° 2.

Avoir porté en compte à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités des prestations non conformes à la loi ou à ses arrêtés d'exécution, à savoir des prestations non cumulables entre elles, entraînant de ce fait un débours indu pour l'assurance obligatoire soins de santé s'agissant de la recherche de la variation contingente négative réalisée conjointement avec un examen électroencéphalographique, ces 2 examens étant portés en compte le même jour sous le code 477131, en violation de la RI question n° 3 de l'article 20, f) de la nomenclature.

Ces faits relèvent des dispositions de l'article 141, § 5, 4ème alinéa, litera b) de la loi coordonnée le 14/07/1994 en vigueur au moment des faits.

En l'espèce, il s'agit de prestations 477131 facturées pour la recherche de la variation contingente négative (V.C.N. ou C.N.V.) effectuées conjointement avec un électroencéphalogramme (EEG) porté en compte sous le même numéro de code à la même date; prestations non cumulables aux termes de la règle interprétative – question 3 de l'article 20 f) de la nomenclature.

Grief n° 3.

Avoir porté en compte à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités des prestations non conformes à la loi ou à ses arrêtés d'exécution, à savoir des prestations non cumulables entre-elles entraînant de ce fait un débours indu pour l'assurance s'agissant de deux prestations correspondant à des potentiels cérébraux évoqués obtenus par un même mode de stimulation.

Ces faits relèvent des dispositions de l'article 141, § 5, 4ème alinéa, litera b) de la loi coordonnée le 14/07/1994 en vigueur au moment des faits.

En l'espèce, il s'agit de potentiels cérébraux évoqués obtenus par stimulation auditive (PEA - potentiel évoqué auditif et l'onde P300) réalisés au cours de la même séance attestés respectivement sous les numéros de code 477352 et 477315, le premier étant le seul attestable.

Tableau récapitulatif

Grief	Résumé du grief	Codes NPS	Nbre prestations	Nbre cas	indu	Remb. volontaire
1. Non conforme (PVC 28/05/08)	Prestations attestées à des dates différentes pour contourner une interdiction de cumul	477131 K58,5 477315 K75	24 24	24	3.327,96 €	3.327,96 €
2. Non conforme (PVC 28/05/08)	Prestations non cumulables entre-elles (VCN et EEG effectués conjointement)	477131 K58,5	19	18	1.070,29 €	1.070,29 €
3. Non conforme (PVC 28/05/08)	Prestations non cumulables entre-elles (2 potentiels évoqués obtenus par mode de stimulation identique – PEA et P300)	477315 K75	19	18	1.581,93 €	1.581,93 €
Totaux					5.980,18 €	5.980,18 €
Indu résiduel					0,00 €	

II : DECISION

Quant aux dispositions légales applicables

Les faits reprochés au Docteur A. ont été commis avant l'entrée en vigueur des lois du 13 décembre 2006 portant dispositions diverses en matière de santé (M.B., 22 décembre 2006, éd. 2), du 21 décembre 2006 portant création de Chambres de première instance et de

Chambres de recours auprès du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI (M.B., 14 février 2007), du 27 décembre 2006 portant des dispositions diverses ((I) M.B., 28 décembre 2006, éd. 3) et du 27 décembre 2006 portant des dispositions diverses ((II), M.B., 28 décembre 2006, éd. 3).

Les dispositions légales précitées, qui réforment le Service d'évaluation et de contrôle médicaux (ci-après SECM), sont entrées en vigueur le 15 mai 2007 (AR du 11 mai 2007, M.B. du 1^{er} juin 2007).

Pour déterminer les dispositions légales applicables en l'espèce, il convient d'appliquer les prescriptions de l'article 112 (autonome) de la loi du 13 décembre 2006. Conformément à cette disposition, les faits en cause sont soumis, pour ce qui concerne la prescription, l'amende administrative et le remboursement, aux dispositions des articles 73 et 141 §§ 2, 3, 5, 6 et 7, alinéas 1er à 5 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 tels qu'ils étaient en vigueur avant le 15 mai 2007.

Concernant la procédure applicable et la compétence du Fonctionnaire-dirigeant du SECM, les dispositions applicables sont celles en vigueur depuis le 15 mai 2007.

Quant à la lettre recommandée du 19 août 2009

Dans ses moyens de défense, le Docteur A. relève l'existence d'une erreur qui s'est glissée dans la lettre recommandée du 19 août 2009 par laquelle il a été invité à communiquer lesdits moyens de défense.

Dans ce courrier, il est fait référence à l'article 73 bis de la loi coordonnée au lieu de l'article 141 §5, alinéa 4 de la loi coordonnée tel qu'en vigueur avant le 15 mai 2007.

Il s'agit d'une erreur matérielle qui ne saurait avoir de conséquence sur la procédure actuelle. Les dispositions légales visées dans les procès-verbaux de constat et la note de synthèse sont exactes. Cette erreur matérielle n'a pas eu et n'a pas de conséquence pour le Docteur A. au niveau de sa défense. Il n'a, en effet, pas été empêché de la développer.

Quant au fondement des griefs

Au cours de l'enquête, le Docteur A. n'a pas contesté les griefs tels que formulés par le SECM. Il a même accepté de rembourser immédiatement l'intégralité de l'indu généré par ceux-ci.

Dans ses moyens de défense communiqués suite à la notification de la note de synthèse, le bien-fondé du premier grief est expressément reconnu par l'intéressé.

Dans ces mêmes moyens de défense, le Docteur A. semble contester, pour la première fois, la formulation des griefs deux et trois.

Cette contestation est purement formelle. Le Docteur A. expose que les griefs deux et trois ne constituent que des facettes différentes du grief un. Selon lui, les faits concrètement visés par les griefs deux et trois n'auraient pas dû faire l'objet de l'énonciation de griefs distincts mais auraient dû être repris intégralement dans le premier grief qui lui n'est pas contesté.

Le Docteur A. reconnaît donc le caractère indu des interventions de l'assurance obligatoire qui ont été générées par les prestations visées aux griefs deux et trois.

A supposer même que la thèse du Docteur A. soit suivie, cela serait sans conséquence sur le sort à réserver aux constats du SECM. Le Docteur A. reconnaît lui-même que l'ensemble des prestations visées dans cette affaire ont été portées en compte

à l'assurance obligatoire en violation de la réglementation et qu'elles relèvent toutes de l'article 141 §5, alinéa 4, b) de la loi coordonnée, tel qu'il était en vigueur avant le 15 mai 2007

En l'absence de contestation sur le fond du dossier, il y a lieu de déclarer les trois griefs fondés.

Quant au remboursement de l'indu

Les griefs sont fondés et la violation de l'article 141 §5, 4^{ème} alinéa, b), tel qu'il était en vigueur avant le 15 mai 2007 est établie.

Le remboursement de l'indu généré par les manquements commis s'impose donc en application des dispositions de la même loi et plus précisément de l'article 141 §5, dernier alinéa, tel qu'il était en vigueur avant le 15 mai 2007.

Comme cela a déjà été signalé ci-dessus, le Docteur A. a accepté de rembourser volontairement la totalité du montant de l'indu, tel que calculé au cours de l'enquête.

Le montant de l'indu pour l'ensemble des griefs s'élève à 5.980,18 euro et a été intégralement remboursé par le dispensateur.

Eu égard à ce qui précède, il y a lieu d'ordonner le remboursement de l'indu et d'acter que celui-ci a, d'ores et déjà, été remboursé.

Quant à la sanction administrative

Moyennant le respect de certaines conditions, la loi réserve au Fonctionnaire-dirigeant du SECM la faculté de prononcer une sanction administrative dans le chef des dispensateurs de soins qui ont méconnu les dispositions dont le SECM assure le contrôle. En l'espèce, la prononciation d'une sanction est possible et opportune pour plusieurs raisons.

La répartition en plusieurs dates de facturation de prestations qui ont eu lieu lors de la même séance dans le seul but de contourner une interdiction de cumul est une pratique qui revêt une certaine gravité.

Il ressort des déclarations du dispensateur et du dossier que ce dernier a sciemment méconnu la réglementation. Les manquements ne résultent pas d'une inadvertance ou d'une difficulté d'interprétation de la nomenclature mais sont le résultat d'un choix délibéré.

Cependant, plusieurs éléments doivent être cités en faveur du Docteur A. et retenus à sa décharge.

Les manquements constatés ne concernent qu'une très petite partie de son activité, essentiellement en clientèle privée et sont expliqués par la difficulté à faire revenir deux fois de suite en consultation une clientèle qui par ailleurs éprouve souvent de sérieuses difficultés à se déplacer en raison des pathologies présentées.

Cette explication démontre que ces manquements n'ont pas été commis dans le but de s'enrichir. Cela ne saurait suffire à dédouaner totalement le dispensateur de sa responsabilité car même si la nomenclature ne lui paraît pas adapté, il ne lui appartient pas de la modifier ou de la contourner par des jeux d'écritures. Le Docteur A. a indéniablement manqué aux obligations qui s'imposaient à lui en sa qualité de dispensateur de soins mais il faut relever également que ce n'était pas par appât du lucre.

Le dispensateur a bien collaboré à l'enquête. Dès le premier contact informel en date du 18 février 2008, il a spontanément avoué cette pratique de fractionnement sans chercher à la dissimuler. Il s'est montré correct et collaborant durant toute la durée de l'enquête.

La totalité de l'indu, qui demeure minime, a été remboursée et le Docteur A. ne présente pas le moindre antécédent auprès du SECM.

L'ensemble des éléments cités ci-dessus justifie qu'une sanction modérée soit prononcée et qu'elle soit assortie d'une mesure de sursis total pendant une durée de trois ans. Cette sanction, non immédiatement effective, doit servir d'avertissement au dispensateur et l'encourager, à l'avenir, à mettre sa pratique en conformité avec la réglementation.

En conséquence, il y a lieu de prononcer, en application de l'article 141 §5, alinéa 4, b) et §7 alinéa 3 une sanction administrative s'élevant à 50 pourcent du montant de l'indu assortie d'une mesure de sursis total d'une durée de trois ans.

PAR CES MOTIFS,

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 et spécialement l'article 141 §5, alinéa 4, b), le dernier alinéa du même paragraphe et le §7 alinéa 3, tel qu'en vigueur avant le 15 mai 2007 ;

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

- décide que les griefs énoncés à l'encontre du Docteur A. sont établis ;

et

- en conséquence, ordonne le remboursement par ce dernier de la valeur des prestations indûment portées en compte à l'assurance obligatoire, soit la somme de 5.980,18 euro et acte que ce remboursement a déjà été intégralement opéré par l'intéressé,

et

- condamne le Docteur A., au paiement d'une amende administrative s'élevant à 50 pourcent du montant de l'indu, soit la somme de 2.990, 09 euro, assortie d'une mesure de sursis total d'une durée de trois ans.

Le Fonctionnaire-dirigeant
Dr. B. HEPP
Médecin-directeur-général