

**DECISION DU FONCTIONNAIRE-DIRIGEANT DU 19 AVRIL 2017
BRS/F/16-034**

Concerne : **Madame A.**
Médecin généraliste gradué

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

GRIEF FORMULE

Un grief unique a été formulé concernant le Dr A., suite à l'enquête menée par les inspecteurs du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI.

En résumé, il lui est reproché d'avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer des documents réglementaires permettant le remboursement des prestations de santé lorsque les prestations n'ont pas été effectuées.

Infraction visée à l'art 73 bis 1° de la Loi ASSI coordonnée le 14 juillet 1994

En l'espèce, il s'agit de l'attestation du code 101076 (Consultation au cabinet par un médecin généraliste accrédité) pour des consultations réalisées par du personnel paramédical (kinésithérapeute et infirmier).

1.1 Prestations en cause

Art 2 de la nomenclature des prestations de santé (annexe à l'AR du 14/09/84)

101076 Consultation au cabinet par un médecin généraliste accrédité..... N 8 + Q 3

« Par consultation, il faut entendre l'examen du malade au cabinet du médecin, en vue du diagnostic ou du traitement d'une affection : les honoraires fixés pour la consultation comprennent l'indemnisation pour la rédaction et la signature des documents afférents à cet examen ou réclamés par le malade à l'occasion de cette consultation ».

1.2 Argumentation

- Le grief est basé sur l'audition de 5 témoins qui confirment les faits; leurs déclarations sont unanimes.

Mme B.

« Quand je suis arrivée chez le Dr. A., elle m'avait demandé si je pouvais attester des soins. A ma réponse négative elle m'a suggéré de prendre des ASD d'autres kinés. J'ai refusé. A ce moment elle m'a donné des ASD à elle. Elle me donnait un carnet entier. Je notait le nom du malade, la date, la vignette. Elle mettait seulement sa signature. Parfois elle me prenait mon carnet d'ASD si elle en manquait. Elle ne voyait pas les malades le même jour que moi je les voyais. Je pense que j'ai rempli environ 3 carnets ».

Mme C.

« Quand un patient voit plusieurs prestataires de soins le même jour (kiné, inf., médecin), elle atteste plusieurs ASD médecin datées sur plusieurs jours ».

Mme D.

« Il est vrai que quand une famille vient souvent elle atteste pour plusieurs personnes, souvent des avis pour des certificats ou des prescriptions ».

Mme E.

« Il y a un accord entre la maison médicale et le labo pour un centre de prélèvement dans la maison médicale. C'est chaque matin. Ce centre est ouvert à tout le monde avec une prescription de prélèvement. La maison reçoit par mois mille euros pour les frais. Au début le Dr A. attestait une consultation uniquement pour ses patients sans aucun contact lors du jour du prélèvement. Finalement elle faisait la même chose pour les patients extérieurs. Dans le cas où le Dr A. consultait réellement le patient lors d'un contact kiné ou prise de sang ou de tension de ma part, on devait faire une deuxième attestation sur le jour du lendemain ».

Elle insistait dès le début que nous demandions des papiers de vignettes aux patients. Elle avait déjà des vignettes amenées de son ancien cabinet.

Même si je faisais un peu d'administration pour un malade , je devais faire une attestation. Une autre stratégie était de faire attester une consultation au nom des accompagnants de malade. Moi personnellement je n'ai jamais signé une attestation. »

Mr F.

« Quand un malade vient avec un accompagnant elle arrivait toujours à attester une consultation pour l'accompagnant. En plus elle me forçait de faire la même chose.

Pour la prescription de médicaments il fallait attester une consultation même si on (=les médecins) ne voyait pas le malade.

Le 1/3/15 on a déménagé dans un endroit plus grand dans la même rue nr Elle a demandé le statut de maison médicale. Elle a engagé une kiné, une infirmière et deux secrétaires qui sont toutes salariées comme moi-même.

Quand les patients viennent chez l'infirmier , souvent pour une prise de sang, ou chez la kiné, j'étais forcé à attester une consultation de médecin. Finalement à toute personne qui rentrait chez nous à la maison médicale une attestation était comptabilisée, n'importe la raison de son passage.

Je n'ai plus voulu rentrer dans cette pratique injuste et j'ai refusé et mis l'université au courant en fin mars 2015. Je vais vous envoyer une copie. Après mon refus elle a demandé à la kiné et à l'infirmière de remplir les attestations et faire l'encodage électronique dans les dossiers ; elle faisait justement la signature !

Pour les fausses consultations , moi je devais marquer un diagnostic précédé par « CC ».

- Les carnets d'ASD concernés : l'écriture du nom du malade et du numéro de prestation n'est pas celle du Dr A. qui a signé l'ASD.
- Le Dr A. a reconnu les faits et a signé l'invitation au remboursement volontaire (28/9/16).

1.3 Justification du prestataire

Le Dr A. reconnaît les faits. Elle déclare lors de l'audition du 14/03 :

« Il est vrai que les attestations écrites par l'infirmier et la kiné sont des consultations de kiné et d'infirmier. Mais je n'avais pas d'autre choix. Je veux souligner que les gens ont quand même eu des soins ».

1.4 **Conclusion**

Entre le 06/03/2015 et le 08/09/2015 (date d'introduction aux organismes assureurs), le Dr A. a attesté 881 consultations (code 101076) non effectuées pour un montant total de 19.509,50 EUR (prestations du 5/2/15 au 30/9/15).

Le Dr A. a procédé au remboursement total de l'indu le 11/10/2016.

DISCUSSION

QUANT AU FONDEMENT DU GRIEF

Le Dr A. n'a pas contesté le grief.

Il est donc incontestablement établi au regard des éléments repris notamment dans la note de synthèse précitée.

QUANT A L'INDU

Le grief a entraîné des débours indus dans le chef de l'assurance obligatoire soins de santé pour un montant de 19.509,50 euros.

Le Dr A. n'a pas contesté ce montant tel que calculé par le SECM.

Il doit donc être déclaré fondé.

Il y a lieu d'ordonner que le Dr A. procède au remboursement de l'indu, en application de l'article 142, §1^{er}, 1° de la loi ASSI, soit la somme de 19.509,50 euros.

Le fonctionnaire-dirigeant constate que cette somme a été remboursée le 11 octobre 2016.

QUANT À L'AMENDE

Quant au régime juridique de l'amende administrative

L'article 142, §1^{er}, 1° de la loi ASSI prévoit, pour les prestations non effectuées (grief 1), une amende administrative comprise entre 50% et 200% du montant du remboursement.

En l'espèce

Des sanctions s'imposent afin de rappeler au Dr A. les obligations qui s'imposent à elle en tant que collaborateur de l'assurance obligatoire soins de santé.

Le grief de prestations non effectuées est le plus grave qui puisse être reproché à un dispensateur de soins.

Il ressort des témoignages recueillis que le Dr A. a clairement mis en place un dispositif frauduleux visant à obtenir des remboursements de prestations 101076 alors que les prestations sont effectuées par un infirmier ou un kinésithérapeute, qu'il s'agit d'une prise de sang ou de toute visite à la maison médicale (quelle qu'en soit la raison).

De plus, le volume des prestations non effectuées est important puisqu'il se monte à 19.509,50 euros.

Ce comportement est inacceptable dans le chef d'un dispensateur de soins habilité à porter des prestations en compte à l'assurance obligatoire. Les responsabilités que les dispensateurs assument dans ce cadre justifient que l'on attende d'eux un minimum de probité qui fait totalement défaut en l'espèce.

Les agissements du Dr A. sont non seulement de nature à miner l'équilibre financier délicat de l'assurance obligatoire mais également à saper la confiance légitime que les assurés sociaux et la collectivité dans son ensemble accordent aux dispensateurs de soins.

En conséquence, le fonctionnaire-dirigeant estime qu'une sanction très sévère doit être infligée au Dr A.

Par ailleurs, l'article 157, §1^{er} de la loi ASSI prévoit que le Fonctionnaire-dirigeant peut accorder un sursis partiel ou total de l'exécution de sa décision infligeant une amende administrative au dispensateur de soins.

Le Dr A. n'a pas d'antécédents et a remboursé la totalité de l'indu.

Il est dès lors justifié de prononcer, dans le chef du Dr A. une amende administrative de 150% du montant des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé (Loi ASSI, art. 142, §1^{er}, 1^o), soit 29.264,25 euros dont 100 % (19.509,50 euros) en amende effective et 50% en amende assortie d'un sursis d'une durée de 3 ans (9.754,75 euros).

*
* *

PAR CES MOTIFS,

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994,

APRES EN AVOIR DELIBERE,

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

- Déclare le grief établi ;
- Condamne Madame A. à rembourser la valeur des prestations indues s'élevant à 19.509,50 euros et constate que cette somme a déjà été remboursée le 11/10/2016 (art. 142, §1^{er}, 1^o, loi ASSI) ;
- Condamne Madame A. à payer une amende de 150% de la valeur des prestations non effectuées, soit 29.264,25 euros, dont 100 % (19.509,50 euros) en amende effective et 50% en amende assortie d'un sursis d'une durée de 3 ans (9.754,75 euros) (art. 142, §1^{er}, 1^o et 157, loi ASSI) ;
- Dit qu'à défaut de paiement des sommes dues dans les trente jours de la notification de la présente décision, des intérêts au taux légal en matière sociale, tel que prévu à l'article 2, §3, de la loi du 5 mai 1865 relative au prêt à intérêt, seront dus, de plein droit, à compter de l'expiration du délai précité.

Ainsi décidé à Bruxelles, le 19/04/2017

Le Fonctionnaire – dirigeant,

Dr Bernard HEPP
Médecin-directeur général

