

DECISION DU FONCTIONNAIRE-DIRIGEANT DU 14 OCTOBRE 2021

Concerne : **Monsieur A.**
médecin généraliste agréé

Sprl B.

Sprl C.

BRS/F/21-012

1 GRIEF(S) FORMULE(S)

Deux griefs au titre du PVC du 11 mars 2020 notifié le 16 mars 2020 et un grief au titre du PVC du 5 mai 2020 notifié le 5 mai 2020 ont été formulés (voir pour le détail la note de synthèse précitée) concernant le Docteur A. et les deux sprl B. et C., suite à l'enquête menée par les inspecteurs du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI.

En résumé, il leur est reproché :

1.1 Grief 1 du PVC du 11 mars 2020 :

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 ou fournies

Infraction visée à l'article 73bis, 1° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 et tombant sous l'application du prescrit de l'article 142 § 1er, 1° de ladite loi.

1.1.1. *Principe général :*

Les prestations ne sont remboursables par l'assurance soins de santé que pour autant qu'elles soient dûment effectuées au bénéfice de l'assuré.

1.1.2. *Base réglementaire du grief :*

Les prestations en cause sont visées à l'annexe à l'Arrêté Royal du 14/09/1994 établissant la Nomenclature des Prestations de Santé

Article 2 de la N.P.S.

101076 Consultation au cabinet par un médecin généraliste accrédité N 8 + Q 30

1.1.3. Argumentation :

Il apparait que sont portées en compte des prestations non effectuées.

En l'espèce, il s'agit de 12 prestations 101076 concernant 3 assurés datées du 15/01/2019 au 24/06/2019 (le détail du grief figure au §3.1.3 de la note de synthèse)

La période correspondante de réception aux O.A. s'étend du 28/02/2019 au 31/07/2019.

1.1.4. Conclusion :

Le grief porte sur 12 prestations, concerne 3 assurés et a généré un indu de 297,24 €. (indu total)

Le docteur A. n'a pas contesté le grief et la société B. a effectué un remboursement total de l'indu en date du 23/07/2020.

1.2 Grief 2 du PVC du 11 mars 2020 :

Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer des documents réglementaires permettant le remboursement des prestations de santé lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, dans ses arrêtés et règlements d'exécution, dans les conventions et accords conclus en vertu de cette même loi.

Infraction visée à l'article 73bis, 2° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 et tombant sous l'application du prescrit de l'article 142 § 1er, 2° de ladite loi.

1.2.1. Base légale et réglementaire du grief

Article 146 § 2.1 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994

Art. 146

(...)

§ 2.1 Pour constater les infractions visées à l'article 73bis et calculer la valeur des prestations indûment remboursées par l'assurance obligatoire soins de santé, le personnel d'inspection visé au § 1er peut entre autres utiliser la méthode de vérification par échantillonnage et extrapolation.

Cette méthode consiste à :

1° Établir la base de sondage en identifiant et en définissant un ensemble de cas indépendants qui seront examinés ;

2° Effectuer un tirage aléatoire dans cette base de sondage pour constituer un échantillon et documenter la méthode de tirage ;

3° Analyser les cas dans cet échantillon et calculer dans l'échantillon le pourcentage des montants indûment remboursés par l'assurance soins de santé obligatoire ;

4° Calculer la valeur en dessous de laquelle le pourcentage de la population que l'on cherche à estimer, a une probabilité inférieure à 2,5 % de se trouver ;

5° Utiliser cette valeur pour calculer le montant à récupérer pour toutes les prestations de la base de sondage. »

(...)

Article 2 de l'Annexe à l'Arrêté Royal du 14/09/1984 établissant la Nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

Art 2

(...)

"A.R. 19.2.2013" (en vigueur 1.5.2013) + "A.R. 26.1.2017" (en vigueur 1.1.2016)
" 102771 Gestion du dossier médical global (DMG) N 8,415

Le DMG est géré par un médecin généraliste; un médecin généraliste en formation ne peut pas être gestionnaire du DMG.

Le DMG contient les données suivantes mises à jour régulièrement :

- a) les données socio-administratives;
 - b) les antécédents;
 - c) les problèmes;
 - d) les rapports des autres dispensateurs de soins;
 - e) les traitements chroniques;
 - f) les mesures préventives adoptées en fonction de l'âge et du sexe du patient et portant au minimum sur :
 1. le mode de vie (alimentation, activité physique, consommation de tabac et d'alcool);
 2. les maladies cardiovasculaires (anamnèse, examen clinique, acide acétylsalicylique pour les groupes à risque);
 3. le dépistage du cancer colorectal, du cancer du sein et du col utérin;
 4. la vaccination (diphtérie, tétanos, grippe et pneumocoque);
 5. les dosages biologiques : lipides (> 50 ans), glycémie (> 65 ans), créatinine et protéinurie (pour les groupes à risque);
 6. le dépistage de la dépression;
 7. les soins bucco-dentaires;
 - g) pour un patient de 45 à 74 ans qui bénéficie du statut affection chronique, diverses données cliniques et biologiques utiles à l'évaluation de l'état de santé du patient et à l'amélioration de la qualité des soins.
- La gestion du DMG est réalisée à la demande du patient ou de son mandataire dûment identifié; cette demande figure dans le dossier du patient.
- La prestation pour la gestion du DMG est accordée une fois par année civile.
- La prestation est cumulée avec une prestation pour une consultation (101032, 101076) ou une visite (103132, 103412, 103434).
- La prestation est majorée de 83,33 % de l'année du 45e anniversaire jusqu'à l'année du 75e anniversaire d'un patient qui avait le statut affection chronique l'année précédente."

1.2.2. Argumentation

En l'espèce, il s'agit de 1.270 prestations 102771 (Gestion du Dossier médical global) non conformes car aucune des mentions essentielles que doit comprendre le DMG (Dossier médical global), comme précisé par le libellé de l'article 2, B de la N.P.S., plus particulièrement aux points b) et f), ne figure dans le dossier médical.

Les 1.270 prestations sont retenues en extrapolant les résultats de l'analyse de l'échantillon aléatoire de 225 prestations 102771 à la base de sondage constituée par

l'ensemble des 1.494 prestations 102771 datées du 01/10/2016 au 31/12/2018 (le détail du grief figure au § 3.2.3 de la note de synthèse).

La période de réception aux O.A. s'étend du 14/03/2017 au 31/12/2018.

1.2.3. Conclusion

Le grief concerne 1.270 prestations et a généré un indu de 38.547,83 €.

En accord avec le service, le docteur A. a bénéficié d'un étalement du remboursement de l'indu. L'indu a été remboursé par la société B. par tranches mensuelles successives de 4.500 €. La dernière tranche a été versée en date du 21/04/2021.

1.3 Grief du PVC du 5 mai 2020

Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer des documents réglementaires permettant le remboursement des prestations de santé lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, dans ses arrêtés et règlements d'exécution, dans les conventions et accords conclus en vertu de cette même loi.

Infraction visée à l'article 73bis, 2° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994

1.3.1 Base réglementaire du grief

Annexe à l'Arrêté Royal du 14/09/1984 établissant la Nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

Article 2. A et B. de la N.P.S.

Art. 2.

"A.R. 19.2.2013" (en vigueur 1.5.2013)

A. Avis

109012 Avis

N 2

Par avis, il faut entendre la rédaction et la signature, en dehors de tout examen du malade, de certificats, ordonnances pharmaceutiques et documents divers. Les honoraires pour avis ne peuvent jamais être cumulés avec les honoraires pour consultation ou visite."

B. Consultations au cabinet

(...) "A.R. 19.2.2013" (en vigueur 1.5.2013)

101076 Consultation au cabinet du médecin généraliste accrédité

N 8 / Q 30

1.3.2 Argumentation

En l'espèce, il s'agit de 759 prestations 101076 (consultation) non conformes parce que ne satisfaisant pas aux conditions de l'article 2, B de la N.P.S., ces prestations ayant été attestées par le docteur A. à la place des prestations 109012 (avis) (le détail du grief se trouve au §4.4 de la note de synthèse).

Les prestations 101076 reprochées sont de valeur supérieure aux prestations attestables, en l'occurrence des prestations 109012.

Elles concernent la période du 19/05/2016 au 11/07/2019.

La période correspondante de réception aux O.A. s'étend du 08/05/2017 au 31/07/2019.

L'indu correspondant s'élève à 14.891,58 €.

Il s'agit de l'indu différentiel dont le calcul a été le suivant :

Durant la période du 19/05/2016 au 11/07/2019, le docteur A. a attesté 30.374 prestations 101076. Le montant total correspondant est de 695.723,83 €. Le montant moyen payé par prestation 101076 est de 22,9052 €.

Si des numéros-codes 109012 avaient été attestés à la place des numéros-codes 101076, le montant total payé aurait été de 99.786,23 €. Le montant moyen payé par prestation 109012 aurait été de 3,2852 €. La différence moyenne de valeur entre une prestation 101076 et une prestation 109012 est donc de 19,62 €.

Selon les déclarations de l'avocat conseil du docteur A., 2,5% des prestations 101076 qu'il a attestées, soit 759 prestations, l'ont été non pour des consultations mais pour des actes attestables sous le numéro-code 109012 « Avis ».

Il est toutefois à considérer que les 759 prestations 101076 auraient été attestées pour des actes soit non attestables, soit attestables sous le numéro-code 109012. Dans le cas de figure le plus favorable pour le docteur A., 100% des 759 prestations 101076 auraient pu être attestées sous le numéro-code 109012 et le montant maximal qui aurait pu lui être payé serait de 2.493,4668 €, d'où un indu différentiel de 14.891,58 €.

1.3.3 Conclusion

Le grief concerne 759 prestations et a généré un indu de 14.891,58 €.

La société B. a effectué un remboursement total en date du 23/07/2020.

Pour ces grief(s), l'indu total a été évalué à 53.736,65 euros.

La société B. a procédé au remboursement total de l'indu.

2 DISCUSSION

2.1. Moyens de défense

Le docteur A. et les SPRL B. et C. n'ont fait parvenir au service d'évaluation et de contrôle médicaux aucun moyen de défense.

2.2. Fondement des griefs :

2.2.1. Sur le bien fondé du premier grief du PVC du 11 mars 2020:

Il ressort du dossier que les éléments matériels et constitutifs du grief n°1 sont réunis et prouvés notamment au regard des éléments suivants:

- les déclarations catégoriques de l'assuré, Monsieur D. durant les auditions des 05/02/2020 et 12/02/2020 ;
- les déclarations catégoriques de l'assurée, Madame E. durant l'audition du 05/02/2020 ;
- les déclarations du docteur A. et les éléments des dossiers médicaux communiqués par le dispensateur durant l'audition du 12/02/2020.

Par conséquent, au regard de tous ces éléments, le premier grief du PVC du 11 mars 2020 est établi.

2.2.2. Sur le bien fondé du deuxième grief du PVC du 11 mars 2020:

Il ressort du dossier que les éléments matériels et constitutifs du grief n°2 sont réunis et prouvés notamment au regard des éléments suivants :

- l'analyse d'un échantillon aléatoire de 225 prestations 102771 (DMG) réalisée sur base des copies de dossiers médicaux communiquées électroniquement par le dispensateur de soins en date des 23/12/2019 et 23/02/2020 ;
- l'application de la méthode de vérification par échantillonnage et extrapolation conformément à l'article 146 § 2.1 de la loi ASSI coordonnée le 14 juillet 1994.

Par conséquent, au regard de tous ces éléments, le second grief du PVC du 11 mars 2020 est établi.

2.2.3. Sur le bien fondé du grief du PVC du 5 mai 2020 :

Il ressort du dossier que les éléments matériels et constitutifs du grief sont réunis et prouvés notamment au regard des éléments suivants :

- la confrontation des déclarations du docteur A. en date du 19/11/2019 avec la copie de la prescription de produits pharmaceutiques ;
- le courrier électronique de Maître F., conseil du docteur A. en date du 02/04/2020 ;
- l'analyse du nombre de prestations 101076 attestées par le docteur A. ;
- l'étude des données contenues dans les copies des dossiers médicaux communiqués par le docteur A. ;
- les déclarations de la secrétaire Madame G. en date du 29/01/2020 ;

- les déclarations de la secrétaire Madame H. en date du 29/01/2020.

Par conséquent, au regard de tous ces éléments, le grief du PVC du 5 mai 2020 est établi.

2.3. Quant à l'indu

Les faits reprochés n'ont pas été contestés par le prestataire au cours de l'enquête.

Les griefs ont entraîné des débours indus dans le chef de l'assurance obligatoire soins de santé pour un montant de 53.736,65 €.

Les griefs étant fondés, il y a lieu de condamner M. A. au remboursement de l'indu, en application de l'article 142, §1^{er}, alinéa 1^{er}, 1^o et 2^o, de la loi SSI coordonnée le 14 juillet 1994, soit la somme de 53.736,65 euros.

Les Sociétés « B. » et « C. » ont perçu les remboursements litigieux.

Dès lors, en application de l'article 164, alinéa 2 de la loi ASSI, les Sociétés «B.» et «C.» doivent être condamnées solidairement avec M. A. au remboursement de la valeur des prestations indues.

Il y a lieu :

- d'ordonner que Monsieur A. et les sociétés «B. » et « C. » soient condamnées solidairement à rembourser l'indu, en application des articles 142, §1^{er}, 1^o et 2^o et 164, al. 2 de la loi ASSI, soit la somme de 53.736,65 €.
- de constater que la Société « B. » a remboursé la totalité de l'indu (53.736,65 €).

2.4. Quant à l'amende

2.4.1. Quant au régime de l'amende administrative

Les mesures prévues à l'articles 142, §1^{er}, 1^o et 2^o de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 sont d'application, à savoir :

- pour le grief n°1 du PVC du 11 mars 2020 (prestations non effectuées) : remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé et une amende administrative comprise entre 50 % et 200 % du montant de la valeur des prestations concernées (article 73bis, 1^o et article 142, §1^{er}, 1^o, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994) ;
- pour le grief n°2 du PVC du 11 mars 2020 et pour le grief du PVC du 5 mai 2020 (prestations non conformes) : remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé et/ou une amende administrative comprise entre 5% et 150% du montant de la valeur des prestations concernées (article 73bis, 2^o et article 142, §1^{er}, 2^o, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994).

2.4.2. Quant au quantum de l'amende administrative

L'attestation de prestations non effectuées est l'infraction la plus grave qui puisse être constatée par le Service d'évaluation et de contrôle médicaux à l'encontre d'un dispensateur de soins car elle caractérise la rupture du lien de confiance entre l'INAMI, les organismes assureurs et le dispensateur de soins.

En attestant des prestations alors qu'il ne les avait pas réalisées, Monsieur A. a méconnu les obligations qui lui incombent en sa qualité de dispensateur de soins et n'a pas fait preuve de professionnalisme.

Compte tenu de son expérience (diplôme de Docteur en médecine depuis 1996-agrégation en médecine générale et exercice de la médecine générale à Bruxelles depuis 2001) et de la clarté de la nomenclature, Monsieur A. a clairement spolié les deniers de l'assurance soins de santé et donc de la collectivité, ce qui justifie l'application d'une sanction assez haute.

Il est donc justifié de prononcer à l'encontre de Monsieur A. au titre du grief de prestations non effectuées une amende administrative de 150% du montant indu à rembourser (LC 14/07/1994, art. 142, §1^{er}, 1^o), soit 445,86 € (indu de 297,24 €).

Concernant l'attestation de prestations non conformes, le législateur a encadré de manière très précise les possibilités d'attester des soins médicaux, afin d'éviter les abus qui pourraient découler d'une appréciation souple et extensive des conditions fixées par la Nomenclature.

Les règles de la Nomenclature des prestations de santé sont de stricte interprétation et doivent être appliquées rigoureusement¹ car les dispensateurs de soins collaborent à un service public, ce qui repose sur un rapport de confiance notamment entre l'INAMI, les organismes assureurs et les dispensateurs de soins².

Le respect des mentions à faire figurer dans le dossier médical global ou des règles relatives à l'attestation des bons codes de nomenclature est un des fondements de ce rapport de confiance, puisque ces normes sont clairement et expressément énoncées dans la réglementation.

Il n'appartient pas aux dispensateurs de soins de faire une interprétation personnelle ou d'opportunité de la réglementation.

S'ils ne s'y conforment pas, ils brisent ce rapport de confiance et mettent en péril l'équilibre des deniers publics.

En ne respectant pas les règles relatives à la tenue du dossier médical global et aux codes de la nomenclature, Monsieur A. a manqué à ses obligations légales en tant que dispensateur de soins.

Dans ces conditions, au regard notamment de la clarté de la Nomenclature, du nombre de prestations (2.029 prestations), de la durée de la période infractionnelle (prestations réalisées entre le 19/05/2016 et le 11/07/2019), du caractère élevé de l'indu (53.439,41 €), il est justifié de prononcer à l'encontre de Monsieur A., au titre des griefs de

¹ Cass. 20/11/2017, C.15.0213.N

² C.arb, 30/01/2002, n°26/2002; c.arb, 12/06/2002, n°98/2002; c.arb 12/03/2003, n°31/2003; C.const. 31/01/2019, n°15/2019.

prestations non conformes, une amende administrative de 100% du montant indu à rembourser (LC 14.07.1994, art. 142, §1^{er}, 2^o), soit 53.439,41 €.

Toutefois, l'article 157, §1^{er} de la loi ASSI coordonnée le 14/07/1994 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.

Pour fixer le quantum de cette sanction, il convient cependant de tenir compte, non seulement des éléments rappelés ci-dessus, mais aussi de l'absence d'antécédents dans le chef de l'intéressé et du remboursement total de l'indu. Cela justifie que la sanction soit assortie d'une mesure de sursis total devant l'inciter à rectifier, pour l'avenir, sa pratique dans un sens conforme à la réglementation et aux exigences de son art.

Il est dès lors justifié de prononcer, dans le chef de Monsieur A., au titre :

- du grief de prestations non effectuées, une amende administrative de 150% du montant des prestations induit attestées à charge de l'assurance soins de santé (LC 14.07.1994, art. 142, §1^{er}, 1^o), soit 445,86 €.
- des griefs de prestations non conformes, une amende administrative de 100% du montant des prestations induit attestées à charge de l'assurance soins de santé (LC 14.07.1994, art. 142, §1^{er}, 2^o), soit 53.439,41 €, assortie d'un sursis total d'une durée de 3 ans.

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 établis les griefs reprochés à Monsieur A. ;
- Condamne solidairement le Docteur A. et les sociétés « B. » et « C. » à rembourser la valeur des prestations indues s'élevant à 53.736,65 euros;
- Constate que la société « B. » a remboursé la totalité de l'indu s'élevant à 53.736, 65 euros ;
- Condamne le Docteur A. à payer une amende de 150 % du montant des prestations non effectuées indument attestées à charge de l'assurance soins de santé (LC 14/07/1994, art 142, §1^{er}, 1^o) soit 445,86 euros.
- Condamne le Docteur A. à payer une amende de 100 % du montant des prestations non conformes indument attestées à charge de l'assurance soins de santé (LC 14/07/1994, art 142, §1^{er}, 2^o) soit 53.439,41 euros assortie d'un sursis total d'une durée de trois ans.
- 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 Fonctionnaire-dirigeant,

Docteur Philip Tavernier

Médecin directeur général