

DECISION DU FONCTIONNAIRE-DIRIGEANT DU 17 JUIN 2019

Concerne : **Monsieur A.**
Pharmacien titulaire
BRS/F/19-001

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.

1. GRIEFS FORMULES

Quatre griefs ont été formulés (voir pour le détail la note de synthèse précitée) concernant Monsieur 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 :

1.1. Grief 1 : prestations non effectuées

(PVC du 31/01/2017).

Il est reproché à Monsieur A. d'avoir porté en compte à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, par l'intermédiaire de son office de tarification, des conditionnements de spécialités pharmaceutiques non fournis (loi ASSI, art. 73bis 1° et 142, § 1^{er}, 1).

1.1.1. Base légale et/ou réglementaire

Art. 2 de l'arrêté royal du 21 décembre 2001 fixant les procédures, délais et conditions concernant l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques :

1.1.2. Prestations en cause

- HUMIRA 40 mg - 1,6 ml solution injectable x 50 mg/ml Adalimumab en 2 seringues préremplies CNK : 2061992 ;
- ENBREL 50 mg - 4 ml solution injectable x 50 mg/ml Etanercept en 4 stylos préremplis CNK : 2662161 ;
- VIRAMUNE 400 mg - 30 comprimés à libération prolongée x 400 mg Névirapine en 3 plaquettes thermoformées CNK : 2835486.

1.1.3. Mise en évidence

La non fourniture de conditionnements des spécialités pharmaceutiques a été mise en évidence par comparaison

- des fournitures maximales auprès des grossistes de la Pharmacie ... : X. et Y., ainsi que les firmes V. et W. ;

- avec la facturation à l'assurance obligatoire : données de l'Office de tarification authentifiées en vertu des dispositions de l'article 138 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, et ce du 1er janvier 2015 au 30 septembre 2016.

1.1.4. Conclusion

Au total, 11 conditionnements de 3 spécialités pharmaceutiques différentes ont été remboursés alors qu'ils n'ont pas été délivrés.

Le montant indu correspondant est de 8.898,07 €.

Auditionné le 25/04/2017, le pharmacien A. a déclaré :

« Nous abordons le procès-verbal de constat d'infractions du 31/01/2017, relatif au remboursement litigieux de 11 conditionnements de 3 spécialités pharmaceutiques différentes, non délivrés entre le 01/01/2015 et le 30/09/2016 : indu de 8.898,07 €.

Vous me demandez si j'ai des commentaires complémentaires au courriel que je vous ai transmis le 29/01/2017. Je n'ai rien à ajouter : j'ai mal géré car je suis en pleine procédure de divorce et cela m'a débordé.

Vous me faites remarquer qu'un PVC m'avait été notifié le 20/11/2007 par le SECM de l'INAMI pour le même grief, à savoir la facturation de 483 conditionnements de 27 spécialités pharmaceutiques différentes, non fournis entre le 01/01/2006 et le 30/04/2007 : indu 55.253,61 €.

Là, il s'agissait d'un système instauré avant moi : le médecin L., se servait des médicaments et des produits cosmétiques et me payait avec ses ordonnances. Le PVC du 31/01/2017 ne s'applique pas à ce type de pratique. Je suis déphasé par les problèmes personnels. »

1.2. Grief 2 : prestations non conformes : documents de prescription périmés

(PVC du 3/02/2017)

Il est reproché à Monsieur A. d'avoir porté en compte à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, par l'intermédiaire de son office de tarification, des prestations non conformes à la loi ou à ses arrêtés d'exécution, dans la mesure où leurs prescriptions ont été exécutées pour le compte des organismes assureurs après le délai d'expiration fixé à la fin du troisième mois de calendrier qui suit, soit la date de la prescription, soit la date indiquée par le prescripteur à laquelle il souhaite voir effectuer la délivrance (Loi ASSI, art. 73bis, 2° et 142, § 1^{er}, 2°).

1.2.1. Base légale et / ou réglementaire

Art. 93, §1^{er} de l'arrêté royal du 21 décembre 2001 fixant les procédures, délais et conditions concernant l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques.

Art. 30, de l'arrêté royal du 12 octobre 2004 fixant les conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des préparations magistrales et des produits assimilés.

1.2.2. Prestations en cause

Prestation de délivrance pharmaceutique	Somme de Remb	Somme de Qt
AERIUS 5 mg 100 comprimés	7,54	1
AMLOR 100 gélules 10 mg	18,19	1
APIDRA 100 U/ml (Solostar) 15 ml solution injectable x 100 E/ml	169,32	4

Prestation de délivrance pharmaceutique	Somme de Remb	Somme de Qt
ASAFLOW 80 mg 168 comprimés gastro-résistants	7,78	1
ATACAND 16 mg 98 comprimés	22,13	1
ATACAND PLUS 16/12,5 mg 98 comprimés	21,92	1
AZITHROMYCINE EG 500 mg 6 comprimés	12,26	1
Calcium carbonate très lourd	0	60
CARVEDILOL EG 25 mg 98 comprimés	17,31	1
COSOPT OCUMETER PLUS 20 mg/5 mg 15 ml collyre	23,1	1
COVERSYL 5 mg 90 comprimés	16,87	1
COVERSYL PLUS 10 mg/2,5 mg 90 comprimés	30,13	1
CRESTOR 10 mg 98 comprimés	61,66	1
CYMBALTA 60 mg 28 gélules gastro-résistantes	95,43	3
CYMBALTA 60 mg 28 gélules gastro-résistantes	31,81	1
DAKAR 30 28 gélules	8,54	1
DAKTACORT 30 g crème	7,37	1
DIFLUCAN 20 gélules 200 mg	57,09	1
DUSPATALIN 120 comprimés enrobés 135 mg	11,31	3
EUCREAS 50 mg/850 mg 180 comprimés	130,84	1
FURADANTINE M.C. 50 capsules 100 mg	8,09	1
GARDASIL 0,5 ml suspension injectable x 40 µg/ml	107,99	1
GLUCOPHAGE 850 100 comprimés	15,46	2
JANUVIA 100 mg 98 comprimés	142,76	1
LANSOPRAZOLE EG 15 mg 56 gélules gastro-résistantes	12,75	1
LANTUS 100 U/ml (Solostar) 15 ml solution injectable x 100 E/ml	183,42	3
LIPITOR 40 84 comprimés pelliculés	29,85	1
L-THYROXINE CHRISTIAENS 100 µg 112 comprimés	7,51	1
L-THYROXINE CHRISTIAENS 200 µg 112 comprimés	9,47	1
L-THYROXINE CHRISTIAENS 75 µg 112 comprimés	7,04	1
L-THYROXINE CHRISTIAENS 75 µg 112 comprimés	7,04	1
MAREVAN 25 comprimés	5,61	1
MONTELUKAST EG 10 mg 98 comprimés	43,74	1
MONTELUKAST EG 5 mg 98 comprimés à croquer	48,25	1
MYCOLOG 15 g pommade x 0,25 mg/g	6,72	1
NASONEX 140 doses solution pour pulvérisation nasale	18,46	3
NOBITEN 5 mg 100 comprimés	36,74	2
OESTROGEL 200 g gel x 0,6 mg/g	19,34	2
ONGLYZA 5 mg 98 comprimés	265,62	2
ORGAMETRIL 30 comprimés x 5 mg	6,15	1
PANTOMED 20 mg 100 comprimés gastro-résistants	15,35	1
PRAVASTATINE EG 20 mg 98 comprimés	18,49	1
REDOMEX DIFFUCAPS 40 gélules à libération prolongée 50 mg	14,34	2
Sans numéro de produit	6,21	6
SERETIDE DISKUS 50/100 60 doses poudre pour inhalation	27,99	1
SYMBICORT FORTE TURBOHALER 320/9 µg/dose 60 doses	25,82	1

Prestation de délivrance pharmaceutique	Somme de Remb	Somme de Qt
TERRA-CORTRIL POLYMYXINE B 5 ml suspension ophtalmique et auriculaire	12,3	2
UTROGESTAN 90 capsules molles 100 mg	15,27	1
VASEXTEN 20 mg 56 gélules	27,66	1
Total	1896,04	

1.2.3. Mise en évidence

Les cas retenus ont été choisis de manière exemplative parmi les prescriptions saisies dans le cadre de l'enquête et sensées avoir été exécutées pour le compte des organismes assureurs en mai, juin, juillet ou août 2015.

1.2.4. Argumentation, positions et justifications du dispensateur de soins

Auditionné le 25/04/2017, le pharmacien A. a déclaré :

« Nous abordons le procès-verbal de constat d'infractions du 3/02/2017, relatif au remboursement litigieux de 64 médicaments prescrits sur 39 documents de prescription dont le délai légal de validité était dépassé au moment de leur délivrance : indu de 1.896,04 €. Vous me montrez les documents de prescription litigieux. Je connais la réglementation en vigueur mais j'ai laissé aller. Je reconnais les faits mais je ne suis pas le seul à tarifier des prescriptions périmées. Je vais être plus attentif dorénavant. »

1.2.5. Conclusion

Au total, 64 conditionnements de spécialités pharmaceutiques diverses et un honoraire ont été remboursés alors que leurs 39 prescriptions ont été exécutées pour le compte des organismes assureurs après le délai d'expiration fixé à la fin du troisième mois de calendrier qui suivait soit la date de la prescription, soit la date indiquée par le prescripteur à laquelle il souhaitait voir effectuer la délivrance correspondante.

Le montant indu correspondant est de 1.896,04 €.

1.3. Grief 3 : prestations non conformes : absence de libellé sur la prescription

(PVC 3/02/2017 et 5/05/2017)

Il est reproché à Monsieur A. d'avoir porté en compte à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, par l'intermédiaire de son office de tarification, des prestations non conformes à la loi ou à ses arrêtés d'exécution, dans la mesure où elles n'ont pas été prescrites par une personne légalement habilitée à cet effet, c'est-à-dire par un médecin généraliste, un médecin spécialiste, un dentiste ou une sage-femme (Loi ASSI, art. 73bis, 2° et 142, § 1^{er}, 2°).

1.3.1. Base légale et/ou réglementaire

- Art. 2 de l'arrêté royal du 21 décembre 2001 fixant les procédures, délais et conditions concernant l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques.
- Art. 1^{er} de l'arrêté royal du 12 octobre 2004 fixant les conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des préparations magistrales et des produits assimilés.

- Art. 1 de l'arrêté royal du 8 juin 1994 fixant le modèle de document de prescription des prestations de fournitures pharmaceutiques pour les bénéficiaires non hospitalisés.
- Art. 1^{er} de l'arrêté royal du 10 août 2005 fixant des modalités de la prescription à usage humain:

1.3.2. Mise en évidence

Les cas retenus ont été choisis parmi les prescriptions saisies dans le cadre de l'enquête, et sensées avoir été exécutées pour le compte des organismes assureurs en mai, juin, juillet ou août 2015.

Dans tous les cas, la prestation de délivrance pharmaceutique retenue à grief n'est pas présente sur le document de prescription correspondant aux données de facturation authentifiées en vertu des dispositions de l'article 138 de la loi coordonnée le 14/07/1994.

1.3.3. Argumentation Positions et justifications du dispensateur de soins

Auditionné le 25/04/2017, le pharmacien A. a déclaré :

« Nous abordons le procès-verbal de constat d'infractions du 3/02/2017, relatif (...) au remboursement litigieux de 19 médicaments non prescrits sur les 16 documents de prescription portant le même numéro de suite que celui de leur prescription présumée : indu de 684,97 € (ramené à 568,89 €, vu le cumul de griefs pour 4 cas). Vous me montrez les documents de prescription litigieux.

C'est bien moi qui ai ajouté les mentions manuscrites sur les prescriptions n°156628, 155012, 157002, 157185, 157201. Je peux vous assurer que dans ces cas, j'ai bien téléphoné au prescripteur correspondant pour, selon le cas, soit corriger (cas du Coversyl), soit pour ajouter un libellé. J'ai même parfois indiqué l'heure de l'appel. C'est vrai que j'aurais dû réclamer des prescriptions de régularisation. Ces erreurs me sont imputables, mais aussi aux différents pharmaciens qui m'ont remplacé.

Pour Mr B., j'ai une vingtaine d'ordonnances en stock et une erreur a été commise pour ses insulines. (...)

Je reconnais les erreurs et à votre question de savoir si je suis d'accord de les régulariser en les remboursant, je vous réponds y être obligé. »

1.3.4. Conclusion

Au total, 72 conditionnements de diverses spécialités pharmaceutiques (cf note de synthèse) ont été portées en compte sans avoir été prescrits par le médecin prescripteur repris sur les 62 documents de prescription correspondants.

Le montant indu est

- PVC 3/02/2017 : 684,97 €, dont 116,08 € ont été comptabilisés au grief précédent (pour les prescriptions 156174 et 156196 dont le délai légal de validité est dépassé), l'indu restant étant alors de 568,89 €.
- PVC 5/05/2017 : 1.565,52 €.
- Total : 2.134,41 €.

1.4. Grief 4 : prestations non conformes : prescriptions non conformes à l'arrêté royal du 8 juin 1994 fixant le modèle de document de prescription des prestations de fournitures pharmaceutiques pour les bénéficiaires non hospitalisés

(PVC 3/02/2017, 5/05/2017 et 11/07/2017)

Il est reproché à Monsieur A. d'avoir porté en compte à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, par l'intermédiaire de son office de tarification, des prestations non conformes (Loi ASSI, art. 73bis, 2° et 142, § 1^{er}, 2°) car non prescrites conformément à l'arrêté royal du 8 juin 1994 fixant le modèle de document de prescription des prestations de fournitures pharmaceutiques pour les bénéficiaires non hospitalisés : selon les cas,

- le bénéficiaire concerné n'est pas le patient dont les nom et prénom figurent sur le document de prescription original correspondant au même numéro d'ordre ascendant unique que les données authentifiées correspondantes;
- le document de prescription n'est pas authentifié par le prescripteur présumé y repris ;
- le document de prescription n'est pas authentique, compte tenu du profil de prescription du bénéficiaire concerné.

1.4.1. Base réglementaire

- Art. 2 de l'arrêté royal du 21 décembre 2001 fixant les procédures, délais et conditions concernant l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques
- Arrêté royal du 8 juin 1994 fixant le modèle de document de prescription des prestations de fournitures pharmaceutiques pour les bénéficiaires non hospitalisés (*Cf grief précédent*).
- Arrêté royal du 10 août 2005 fixant des modalités de la prescription à usage humain (*Cf grief précédent*).
- Arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé (*Cf grief précédent*).

1.4.2. Mise en évidence

Les cas retenus résultent

- de l'interpellation de médecins prescripteurs par le service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI, à propos de l'authenticité des documents de prescription portant leurs références de médecin prescripteur (qui ont été saisis dans le cadre de l'enquête) et / ou
- de la comparaison de l'identité se rapportant au numéro de registre national repris dans les données authentifiées (en vertu des dispositions de l'article 138 de la loi LC) relatives au numéro d'ordre ascendant unique du document de prescription original, avec les nom et prénom du patient, apposés par le prescripteur présumé à la rubrique « *A REMPLIR PAR LE PRESCRIPTEUR : nom et prénom du bénéficiaire* ».

1.4.3. Conclusion du grief 4

Au total, 114 prestations de délivrance pharmaceutique ont été portées en compte sans avoir été prescrites par le médecin prescripteur conformément aux dispositions de l'arrêté royal du 8 juin 1994 fixant le modèle de document de prescription des prestations de fournitures pharmaceutiques pour les bénéficiaires non hospitalisés.

71 documents litigieux sont concernés ainsi que 26 bénéficiaires de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Le montant indu total est de 15.703,11€.

Vu que des médicaments se retrouvent dans les deux griefs, l'indu est ramené à 15.703,11 – (6,48 + 13.18 soit 22,66) = 15.680,45 €.

Le pharmacien A. a déclaré le 25/04/2017 :

« Depuis janvier 2015, je n'ai plus travaillé dans mon officine vu de gros problèmes personnels. Mon frère et les pharmaciens remplaçants s'occupaient de tout et erreurs ont été commises. J'assume néanmoins la responsabilité des cas que vous m'avez soumis, s'ils sont litigieux. »

1.5. Tableau synoptique

Grief	Sanct° loi 14/07/1994 art 142	Base légale	Nbre de cas	Indu	INDU net	Date PVC
Prestations non effectuées	§ 1er 1°	AR 21/12/2001 art 2	11	8.898,07 €	8.898,07 €	31-01-2017
Prestations non conformes : délai dépassé	§ 1er 2°	AR 21/12/2001 art 93	64	1.889,83 €	1.889,83 €	03-02-2017
		AR 12/10/2004 art 30	1	6,21 €	6,21 €	03-02-2017
Prestations non conformes : absence de libellé prescrit	§ 1er 2°	AR 21/12/2001 art 2	19	2.250,49 €	2.134,41 €	03-02 et 05-05-2017
Prestations non conformes : absence de prescription	§ 1er 2°	AR 21/12/2001 art 2	114	15.703,11 €	15.680,45 €	03-02, 05-05 et 11-07-2017
				28.747,71 €	28.608,97 €	

2. DISCUSSION

2.1. Quant au bien fondé des griefs

2.1.1. Quant au 1er grief relatif aux prestations non effectuées

Il ressort du dossier que les éléments matériels et constitutifs du grief 1 de prestations non fournies (pour les spécialités pharmaceutiques HUMIRA 40 mg - 1,6 ml solution injectable x 50 mg/ml Adalimumab en 2 seringues préremplies CNK : 2061992, ainsi que ENBREL 50 mg - 4 ml solution injectable x 50 mg/ml Etanercept en 4 stylos préremplis CNK : 2662161 et VIRAMUNE 400 mg - 30 comprimés à libération prolongée x 400 mg Névirapine en 3 plaquettes thermoformées CNK : 2835486) sont réunis et prouvés par la comparaison entre :

- les fournitures maximales auprès des grossistes de la Pharmacie ... : X. et Y., ainsi que les firmes V. et W. ;
- et la facturation à l'assurance obligatoire soins de santé sur base des données de l'Office de tarification authentifiées en vertu des dispositions de l'article 138 de la loi SSI coordonnée le 14 juillet 1994, et ce **du 1^{er} janvier 2015 au 30 septembre 2016.**

Monsieur A. a remboursé la totalité de l'indu. Il ne conteste pas le grief sauf relativement aux cas de ENBREL retenus à grief à son encontre.

Du 1^{er} janvier 2015 au 30 septembre 2016, 4 conditionnements de ENBREL 50 mg - 4 ml solution injectable x 50 mg/ml Etanercept en 4 stylos ont été portés en compte à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, alors qu'aucun n'a été fourni par les grossistes de la Pharmacie ... Dès lors, 4 conditionnements ont été surfacturés car ils n'ont pas été fournis. L'indu est de 4.394,92 €.

Le 29/01/2017, Monsieur A. transmettait au Service une note d'envoi de X. en date du 27/09/2012 qui montre, selon lui, l'achat de 4 conditionnements de ENBREL. Il écrivait :

« En date du 29 septembre 2012, 4 boîtes d'Enbrel, qui ont bien été achetées en 2012, ont été délivrées à Monsieur C., ce dernier étant de ma propre famille et m'avait indiqué qu'il devait partir en mission à l'étranger. Les ordonnances devaient suivre, chose qui avait été convenu mais qui n'a pas été faite suite à un différend familial nous concernant. Ce n'est qu'en avril 2015 et juin 2015 que cette situation a été régularisée par la remise des ordonnances manquantes. (voir annexe facture d'achat, Gsm de Monsieur C. 0479.32.00.49). »

Dans ses moyens de défense du 20/03/2019, il reprend cet élément et indique qu'il les aurait délivrés en 2012 à un proche qui n'aurait fourni les prescriptions qu'en 2015, de sorte qu'il aurait régularisé à ce moment-là la situation.

Il soutient que c'est la seule fois qu'il se serait procuré du ENBREL et en aurait fourni.

Il reproche au Service de ne pas avoir tenu compte de cet élément communiqué par email le 29/01/2017 et de ne pas avoir contacté Monsieur C., le bénéficiaire.

Le Service n'a pas pris en compte cette note d'envoi de X. transmise en janvier 2017, dans la mesure où il convient, de manière générale, d'entrer au remboursement les prestations à l'assurance soins de santé dans les 2 ans qui suivent leur réalisation et, plus particulièrement pour un pharmacien dans les 2 mois (Loi ASSI, art. 174, 3^o et convention entre les pharmaciens et les organismes assureurs, art. 8).

Si la délivrance des 4 conditionnements a eu lieu comme le prétend Monsieur A. en 2012, il ne pouvait donc pas régulariser la situation près de trois ans après.

D'abord, Monsieur A. ne peut pas reprocher au Service de ne pas avoir auditionné Monsieur C., le proche dont il a indiqué le nom, puisque le Service dispose d'un pouvoir d'initiative qui le laisse libre de choisir les actes d'enquête qu'il entend mener (Loi ASSI, art. 141, §1^{er}, 3^o).

Afin de pouvoir répondre aux moyens de défense, le Service a interrogé X. pour se voir communiquer les relevés d'achats, fournitures et crédits de ENBREL 50 mg - 4 ml solution injectable x 50 mg/ml Etanercept en 4 stylos préremplis (CNK 2662161) par le Pharmacien A., ...) pour la période de prestations comprise entre le 1/01/2012 et le 31/12/2014. Il était demandé que ces relevés contiennent au moins la date, la quantité achetée ou créditée, le n° des factures correspondantes (cf pièce n°1, mail du SECM du 29/04/2019 à X.).

X. répondait le 30/04/2019 (cf pièce n°2 – mail de X. au SECM du 30/04/2019). Il ressort des données transmises que M. A. s'est fait livrer deux fois quatre conditionnements de CNK 2662161 ENBREL en 2012, à savoir en date des 01/05/2012 et 27/09/2012 (cf pièce n°2.2, annexe au mail de X. du 30/04/2019). Par conséquent, il apparaît que Monsieur A.

ne peut pas dire, dans ses moyens de défense, qu'il s'est fait livrer une seule fois 4 conditionnements de ENBREL le 27/09/2012.

Par ailleurs, le Service a interrogé l'organisme assureur (OA) de Monsieur C. (NISS ...), le proche à qui Monsieur A. dit avoir délivré les ENBREL en 2012.

L'OA 306 a répondu que Monsieur C. ne bénéficie de l'autorisation du médecin conseil que depuis le 06/03/2014 (cf pièce n°4 mail de l'OA 306 au SECM du 30/04/2019). Auparavant il avait une autorisation pour de l'Humira. **En 2012, il ne pouvait donc pas se faire délivrer du ENBREL.** Il ne pouvait médicalement pas prendre en même temps de l'Humira et du Enbrel.

En outre, le Service relève dans les données de facturation que, depuis mai 2014, Monsieur C. se fait toujours délivrer du CNK **23718632** ENBREL 50MG SOL INJECTABLE PRE REMPLIE 4 dans différentes officines de la région bruxelloise (mais jamais à la pharmacie ...). En outre, il se serait fait délivrer une fois du CNK **2662161 ENBREL** à la pharmacie de Monsieur A.. Enfin, il s'est fait délivrer uniquement de l'Humira en 2012 et 2013 par différentes officines mais jamais par la Pharmacie ...

Dans ces conditions, le Service ne peut pas retenir les éléments donnés par Monsieur A. pour justifier la facturation à l'assurance soins de santé des 4 ENBREL reprochés au procès verbal de constat du 31/01/2017.

Au regard de tous ces éléments et de ceux recueillis pendant l'enquête, le grief 1 de prestations non effectuées est établi.

2.1.2. Quant au bien fondé des griefs 2 à 4 relatifs aux prestations non conformes

Il ressort du dossier que les éléments matériels et constitutifs des griefs 2 à 4 de prestations non conformes sont réunis et prouvés au regard :

- des prescriptions saisies dans le cadre de l'enquête et sensées avoir été exécutées pour le compte des organismes assureurs en mai, juin, juillet ou août 2015 :
 - o pour le grief 2 : les prestations des prescriptions retenues à grief ont été exécutées pour le compte des organismes assureurs après le délai d'expiration fixé à la fin du troisième mois de calendrier qui suivait soit la date de la prescription, soit la date indiquée par le prescripteur à laquelle il souhaitait voir effectuer la délivrance correspondante
 - o pour le grief 3 : la prestation de délivrance pharmaceutique retenue à grief n'est pas présente sur le document de prescription correspondant aux données de facturation authentifiées en vertu des dispositions de l'article 138 de la loi coordonnée le 14/07/1994 ;
 - o pour le grief 4 : les prestations de délivrance pharmaceutique retenues à grief ont été portées en compte sans avoir été prescrites par le médecin prescripteur conformément aux dispositions de l'arrêté royal du 8 juin 1994 fixant le modèle de document de prescription des prestations de fournitures pharmaceutiques pour les bénéficiaires non hospitalisés.

Les médecins prescripteurs ont été interpellés, par le service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI, à propos de l'authenticité des documents de prescription portant leurs références de médecin prescripteur (qui ont été saisis dans le cadre de l'enquête) et/ou de la

comparaison de l'identité se rapportant au numéro de registre national repris dans les données authentifiées (en vertu des dispositions de l'article 138 de la loi LC) relatives au numéro d'ordre ascendant unique du document de prescription original, avec les nom et prénom du patient, apposés par le prescripteur présumé à la rubrique « A REMPLIR PAR LE PRESCRIPTEUR : nom et prénom du bénéficiaire ».

Lors de son audition du 25/04/2017, Monsieur A. a déclaré :

Concernant le grief 2 :

« Nous abordons le procès-verbal de constat d'infractions du 3/02/2017, relatif au remboursement litigieux de 64 médicaments prescrits sur 39 documents de prescription dont le délai légal de validité était dépassé au moment de leur délivrance : indu de 1.896,04 €. Vous me montrez les documents de prescription litigieux. Je connais la réglementation en vigueur mais j'ai laissé aller. Je reconnais les faits mais je ne suis pas le seul à tarifier des prescriptions périmées. Je vais être plus attentif dorénavant. »

Concernant le grief 3 :

« Nous abordons le procès-verbal de constat d'infractions du 3/02/2017, relatif (...) au remboursement litigieux de 19 médicaments non prescrits sur les 16 documents de prescription portant le même numéro de suite que celui de leur prescription présumée : indu de 684,97 € (ramené à 568,89 €, vu le cumul de griefs pour 4 cas). Vous me montrez les documents de prescription litigieux.

C'est bien moi qui ai ajouté les mentions manuscrites sur les prescriptions n°156628, 155012, 157002, 157185, 157201. Je peux vous assurer que dans ces cas, j'ai bien téléphoné au prescripteur correspondant pour, selon le cas, soit corriger (cas du Coversyl), soit pour ajouter un libellé. J'ai même parfois indiqué l'heure de l'appel. C'est vrai que j'aurais dû réclamer des prescriptions de régularisation. Ces erreurs me sont imputables, mais aussi aux différents pharmaciens qui m'ont remplacé.

Pour Mr B., j'ai une vingtaine d'ordonnances en stock et une erreur a été commise pour ses insulines. (...)

Je reconnais les erreurs et à votre question de savoir si je suis d'accord de les régulariser en les remboursant, je vous réponds y être obligé. »

Concernant le grief 4 :

« Depuis janvier 2015, je n'ai plus travaillé dans mon officine vu de gros problèmes personnels. Mon frère et les pharmaciens remplaçants s'occupaient de tout et erreurs ont été commises. J'assume néanmoins la responsabilité des cas que vous m'avez soumis, s'ils sont litigieux. »

Dans ses moyens de défense du 20/03/2019, Monsieur A. ne conteste pas ces griefs.

Au 30/10/2018, la totalité de l'indu était remboursé.

Au regard des éléments recueillis pendant l'enquête et de la reconnaissance des griefs 2 à 4 par Monsieur A. qui a indiqué en assumer la responsabilité et a, de plus, remboursé l'indu, celui-ci est établi.

2.2. Quant à l'indu

Les 4 griefs soulevés dans le cadre du présent dossier ont entraîné des débours dans le chef de l'assurance obligatoire soins de santé pour un montant de 28.608,97 euros.

Il y a lieu d'ordonner que Monsieur A. procède au remboursement de l'indu en application de l'article 142, §1^{er}, 1° et 2° de la loi ASSI, soit la somme de 28.608,97 euros et de constater qu'au 30/10/2018, la totalité de l'indu a été remboursée.

Le montant de l'indu résiduel s'élève donc à zéro euro.

2.3. Quant aux amendes

2.3.1. Quant au régime juridique de l'amende administrative

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

- le grief 1 (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° et article 142, §1^{er}, 1°, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994)
- les griefs 2 à 4 (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° et article 142, §1^{er}, 2°, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994).

2.3.2. Quant aux amendes administratives

Le fait de permettre de porter en compte de l'assurance soins de santé des **prestations non effectuées/non délivrées** par la non-fourniture de conditionnements spécialités pharmaceutiques 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 soins¹.

En surfacturant des spécialités pharmaceutiques ou des préparations magistrales qu'il n'a pas délivrées, 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 du nombre de spécialités pharmaceutiques facturées à l'assurance soins de santé et non délivrées (11 conditionnements surfacturés), du montant élevé du coût de chacune des trois spécialités pharmaceutiques concernées et du caractère élevé de l'indu en cause (8.898,07 euros), 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°), soit 13.347,11 € (indu de 8.898,07 €).

¹ C. arb. 30/10/2001, n°26/2002 ; C. arb. 30/01/2002, n°98/2002 ; C. arb. 12 mars 2003, n°31/2003 ; C. Const. 31/01/2019, n°15/2019

Concernant l'attestation de prestations non conformes, le législateur a encadré de manière très précise les possibilités de prescrire des conditionnements pharmaceutiques ou encore de délivrer des ces conditionnements (par exemple en matière de péremption des documents de prescription), afin d'éviter les abus qui pourraient découler d'une appréciation souple et extensive des conditions fixées notamment par l'A.R. du 21/12/2001, fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques.

Les règles de l'A.R. du 21/12/2001 ou de l'A.R. du 08/06/1994 précitées, en tant que réglementation relative à l'assurance soins de santé, sont de stricte interprétation et doivent être appliquées rigoureusement² 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 soins³.

Le respect, par exemple, des règles en matière de péremption des documents de prescription ou en matière d'habilitation à prescrire des conditionnements pharmaceutiques est un des fondements de ce rapport de confiance, puisque ces normes sont clairement et expressément énoncées dans la réglementation.

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

S'il ne s'y conforme pas, il brise ce rapport de confiance et met en péril l'équilibre des deniers publics.

En ne respectant pas les règles en matière de date de péremption des documents de prescription ou en matière d'habilitation à prescrire des conditionnements pharmaceutiques ou en portant en compte des prestations pour lesquelles la prescription n'est pas authentifiée par le prescripteur ou encore en indiquant comme bénéficiaire un assuré qui n'est pas visé sur la prescription original, Monsieur A. a gravement manqué à ses obligations légales en tant que dispensateur de soins.

Dans ces conditions, au regard notamment des A.R. du 08/06/1994, 21/12/2001, 12/10/2004 et 10/08/2005, du nombre de conditionnements (64 pour le grief 2, 72 pour le grief 3 et 114 pour le grief 4), de la très courte durée de la période d'investigation portant sur les prescriptions (4 mois), du montant élevé de l'indu (19.710,90 €), il est justifié de prononcer à l'encontre de Monsieur A., au titre des griefs de prestations non conformes, une amende administrative de 100% du montant indu à rembourser (LC 14.07.1994, art. 142, §1^{er}, 2^o), soit 19.710,90 €.

Dans ses moyens de défense du 20/03/2019, Monsieur A. demande que le Service tienne compte pour la fixation de l'amende des remboursements volontaires intervenus et de son divorce conflictuel qui l'a empêché de poursuivre son travail au sein de son officine et l'obligeant à faire appel à des pharmaciens remplaçants (d'où, selon lui, les erreurs relevées dans le cadre de l'enquête). Il demande à bénéficier un sursis

Au regard de l'extrême gravité des faits (notamment pour les griefs 1 et 4) et de l'antécédent de Monsieur A., le Fonctionnaire dirigeant décide de ne pas octroyer de sursis.

² Cass. 20 novembre 2017, c.15.0213.N.

³ C. arb. 30/10/2001, n°26/2002 ; C. arb. 30/01/2002, n°98/2002 ; C. arb. 12 mars 2003, n°31/2003 ; C. Const. 31/01/2019, n°15/2019

2.3.3. Quant à la demande de délais de paiement

Dans ses moyens de défense du 20/03/2019, Monsieur A. demande l'octroi de termes et délais pour s'acquitter des amendes.

La somme principale restant due au titre des amendes s'élève à 33.058,01 euros.

Il convient de souligner qu'à la somme principale due, sont ajoutés les intérêts moratoires prévus par l'article 156, §1^{er} alinéa 2 de la loi ASSI coordonnée qui dispose que :

« § 1er. Les décisions du fonctionnaire dirigeant du Service d'évaluation et de contrôle médicaux ou du fonctionnaire désigné par lui, visées à l'article 143, les décisions des Chambres de première instance visées à l'article 142, et les décisions des Chambres de recours, visées aux articles 142 et 155, sont exécutoires de plein droit par provision, nonobstant tout recours. Des délais de paiement peuvent être accordés uniquement sur la base d'une demande motivée et appuyée par toute pièce utile permettant d'en apprécier le bien-fondé.

Les sommes dues sont payées dans les trente jours de la notification des décisions visées à l'alinéa 1er. A défaut de paiement dans ce délai, les sommes restant dues produisent, de plein droit, des intérêts au taux d'intérêt légal en matière sociale, tel que prévu à l'article 2, § 3, de la loi du 5 mai 1865 relative au prêt à intérêt, à compter de l'expiration de ce délai. ».

Les intérêts sont calculés au taux de 7% l'an (article 2 §3 de la loi du 5 mai 1865 précitée).

Compte tenu de l'absence de production de justificatifs de ses revenus par Monsieur A. (malgré les dispositions de l'art. 156 de la loi ASSI) mais au regard de ce qu'il a versé pour rembourser l'indu, le Fonctionnaire-dirigeant marque son accord pour le plan de paiement suivant :

Tableau récapitulatif

Dettes principales:	33.058,01 EUR
Taux d'intérêt applicable:	7% par an
Date à laquelle les intérêts commencent à courir:	15/07/2019
Premier paiement:	15/07/2019
Dernier paiement:	15/06/2020
Nombre total de paiements:	12
Paiements d'un montant de:	2.843,81 EUR (dernier paiement: 2.850,00 EUR)

Tableau détaillé

Dettes principales:	33.058,01 EUR	
Taux d'intérêt applicable:	7% par an	
Échéance de paiement :	Montant à verser :	Dettes après paiement :
#1 – 15/07/2019	2.843,81 EUR	30.214,20 EUR
<i>Intérêts par période:</i>	<i>Intérêts :</i>	<i>Sous-total d'intérêts :</i>
<i>31 jours jusqu'au 15/08/2019 (incl.)</i>	<i>179,63 EUR</i>	<i>179,63 EUR</i>

Échéance de paiement :	Montant à verser :	Dettes après paiement :
#2 – 15/08/2019	2.843,81 EUR	27.550,02 EUR
<i>Intérêts par période:</i>	<i>Intérêts :</i>	<i>Sous-total d'intérêts :</i>
<i>31 jours jusqu'au 15/09/2019 (incl.)</i>	<i>163,79 EUR</i>	<i>163,79 EUR</i>
Échéance de paiement :	Montant à verser :	Dettes après paiement :
#3 – 15/09/2019	2.843,81 EUR	24.870,00 EUR
<i>Intérêts par période:</i>	<i>Intérêts :</i>	<i>Sous-total d'intérêts :</i>
<i>30 jours jusqu'au 15/10/2019 (incl.)</i>	<i>143,09 EUR</i>	<i>143,09 EUR</i>
Échéance de paiement :	Montant à verser :	Dettes après paiement :
#4 – 15/10/2019	2.843,81 EUR	22.169,28 EUR
<i>Intérêts par période:</i>	<i>Intérêts :</i>	<i>Sous-total d'intérêts :</i>
<i>31 jours jusqu'au 15/11/2019 (incl.)</i>	<i>131,80 EUR</i>	<i>131,80 EUR</i>
Échéance de paiement :	Montant à verser :	Dettes après paiement :
#5 – 15/11/2019	2.843,81 EUR	19.457,27 EUR
<i>Intérêts par période:</i>	<i>Intérêts :</i>	<i>Sous-total d'intérêts :</i>
<i>30 jours jusqu'au 15/12/2019 (incl.)</i>	<i>111,95 EUR</i>	<i>111,95 EUR</i>
Échéance de paiement :	Montant à verser :	Dettes après paiement :
#6 – 15/12/2019	2.843,81 EUR	16.725,41 EUR
<i>Intérêts par période:</i>	<i>Intérêts :</i>	<i>Sous-total d'intérêts :</i>
<i>16 jours jusqu'au 31/12/2019 (incl.)</i>	<i>51,32 EUR</i>	<i>51,32 EUR</i>
<i>15 jours jusqu'au 15/01/2020 (incl.)</i>	<i>47,98 EUR</i>	<i>99,30 EUR</i>
Échéance de paiement :	Montant à verser :	Dettes après paiement :
#7 – 15/01/2020	2.843,81 EUR	13.980,90 EUR
<i>Intérêts par période:</i>	<i>Intérêts :</i>	<i>Sous-total d'intérêts :</i>
<i>31 jours jusqu'au 15/02/2020 (incl.)</i>	<i>82,89 EUR</i>	<i>82,89 EUR</i>
Échéance de paiement :	Montant à verser :	Dettes après paiement :
#8 – 15/02/2020	2.843,81 EUR	11.219,98 EUR
<i>Intérêts par période:</i>	<i>Intérêts :</i>	<i>Sous-total d'intérêts :</i>
<i>29 jours jusqu'au 15/03/2020 (incl.)</i>	<i>62,23 EUR</i>	<i>62,23 EUR</i>
Échéance de paiement :	Montant à verser :	Dettes après paiement :
#9 – 15/03/2020	2.843,81 EUR	8.438,40 EUR
<i>Intérêts par période:</i>	<i>Intérêts :</i>	<i>Sous-total d'intérêts :</i>
<i>31 jours jusqu'au 15/04/2020 (incl.)</i>	<i>50,03 EUR</i>	<i>50,03 EUR</i>
Échéance de paiement :	Montant à verser :	Dettes après paiement :
#10 – 15/04/2020	2.843,81 EUR	5.644,62 EUR

<i>Intérêts par période:</i> 30 jours jusqu'au 15/05/2020 (incl.)	<i>Intérêts :</i> 32,39 EUR	<i>Sous-total d'intérêts :</i> 32,39 EUR
Échéance de paiement : #11 – 15/05/2020	Montant à verser : 2.843,81 EUR	Dettes après paiement : 2.833,20 EUR
<i>Intérêts par période:</i> 31 jours jusqu'au 15/06/2020 (incl.)	<i>Intérêts :</i> 16,80 EUR	<i>Sous-total d'intérêts :</i> 16,80 EUR
Échéance de paiement : #12 – 15/06/2020	Montant à verser : 2.850,00 EUR	Dettes après paiement : 0,00 EUR - dette apurée

Le premier versement **de 2.843,81 €** devra être effectué pour le 15/07/2019 et le dernier versement de 2.850,00 € devra être effectué pour le 15/06/2020 sur le compte de l'INAMI **IBAN : BE56 6790 0197 7988 / BIC : PCHQBEBB** avec la communication

En cas de non-respect de ce plan de paiement, la récupération de la totalité du solde restant dû pourrait être confiée à l'Administration générale de la perception et du recouvrement.

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 par le SECM à Monsieur A. ;
- Condamne Monsieur A. à rembourser la valeur des prestations indues s'élevant à 28.608,97 euros (Loi ASSI, art. 142, §1, 1° et 2°) ;
- Constate qu'entre le 31/03/2017 et le 30/10/2018, la somme de 28.608,97 euros était remboursée et que l'indu résiduel s'élève à 0 euro ;
- Condamne Monsieur A. à payer une amende de 150% du montant de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé, soit la somme de 13.347,11 euros (Loi ASSI, art. 142, 1, 1°) ;
- Condamne Monsieur A. à payer une amende de 100% du montant de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé, soit la somme de 19.710,90 euros (Loi ASSI, art. 142, 1, 2°) ;
- 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 ;
- Autorise Monsieur A. à rembourser la somme de 33.058,01 euros, à majorer des intérêts à raison de 7% l'an par versement de 2.843,81 euros par mois à partir du 15/07/2019 (un dernier paiement de 2.850 euros devant être effectué le 15/06/2020).

Annexes à la décision :

- 1. Mail du SECM à X. en date du 29/04/2019
- 2.1. Mail de X. au SECM du 30/04/2019
- 2.2. Annexe à la pièce 2.1 : mail du 15/12/2016 de X. au SECM
- 2.3.1. Annexe à la pièce 2.2 : 1^{ère} feuille du fichier excel : liste avec tout les achats des produits par le pharmacien A. à X. de janvier 2015 à septembre 2016
- 2.3.2. Annexe à la pièce 2.2 : 2^e feuille du fichier excel : liste avec le numéro des factures des achats de la pharmacie ... à X. de janvier 2015 à septembre 2016
- 2.4.1. Annexe à la pièce 2.1 : 1^{ère} feuille du fichier excel avec les achats du CNK 2662161 par la pharmacie ... à X. entre 2012 et 2014
- 2.4.2. Annexe à la pièce 2.1 : 2e feuille du fichier excel avec les numéros de facture

- 2.4.3. Annexe à la pièce 2.1 : 3e feuille du fichier excel (SQL)
- 3. Mail du SECM à X. du 30/04/2019
- 4. Mail de l'OA 306 au SECM du 30/04/2019

Ainsi décidé à Bruxelles,

Le Fonctionnaire – dirigeant f.f.,

Docteur Philip TAVERNIER,

Médecin Directeur général, f.f.