

DECISION DU FONCTIONNAIRE-DIRIGEANT - 16 JUIN 2011  
BRS/F/11-003

**Monsieur A.**  
**médecin - spécialiste en dermato-vénérologie**

**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 GRIEF FORMULE**

Un grief a été formulé concernant M. 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 :

**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'exécutions car les prestations de traitement général par photochimiothérapie ou photothérapie avec UVA et/ou UVB dans une cabine d'irradiation sous contrôle continu de l'intensité UVA et/ou UVB (en mW/cm<sup>2</sup>) exigent notamment le contrôle du patient par le médecin lors de chaque séance.**

Base légale : article 73bis, 2° de la loi coordonnée du 14/07/1994  
Articles 1, § 1, § 4bis, 21, § 1 N.P.S. .

### Argumentation

Il s'avère, à la lumière des déclarations des assurés que ces derniers n'étaient pas systématiquement contrôlés lors de **chaque séance par le prestataire**.

Conformément à la NPS, la réalisation des prestations 532416-532420 en plus de la présence physique exige **le contrôle du patient par le médecin à chaque séance**.

En effet, si l'on se réfère à la littérature, la puvathérapie peut induire des rougeurs, brûlures, kératoses, augmentation de l'incidence de cancer mélanomes et non-mélanomes de la peau. (ref :Harrisson on line ;Medicine Net.com ref new England Journal of Medicine 1997 ;336 :1041-5;Pubmed ref Br J Dermatol.1999 juillet.141 (1):108-12).

Pour une meilleure compréhension, et du grief et des justificatifs du prestataire, il faut prendre en considération deux points.

1° la disposition des locaux du cabinet

2° l'organisation du cabinet.

Selon les déclarations des assurés et du prestataire, le déroulement des séances est le suivant :

l'assuré se présente au secrétariat. Si l'assuré a un rendez-vous pour une consultation, le prestataire vient prendre la fiche au bureau de la secrétaire, appelle le patient dans la salle d'attente puis se dirige avec lui dans son bureau ;

les patients qui eux par contre suivent la PUVATHERAPIE sont appelés par la secrétaire qui les fait rentrer dans la salle de PUVA, règle la machine et inscrit sur la fiche la durée d'exposition dans la machine.

A la fin de la séance de puvathérapie, l'assuré retourne au secrétariat où la secrétaire s'enquiert du bon déroulement de celle-ci.

En ce qui concerne le règlement, l'assuré règle le montant demandé toutes les cinq séances et pendant que l'assuré fait sa séance, la secrétaire va voir le prestataire dans son bureau où il rédige et signe l'ASD que l'assuré récupère chez la secrétaire à la fin de sa séance.

Toutefois, dans le cas où l'assuré le désire et/ou présente un problème particulier, il peut avoir un contact avec le prestataire.

Il appert donc, conformément aux déclarations des assurés et à celles du prestataire que les assurés, dans la majorité des cas, n'ont pas eu de contact avec le prestataire mais uniquement avec la secrétaire.

Relevons que :

1° le fait de croiser un patient dans le couloir ne peut permettre en aucun cas un contrôle de l'état de santé de celui-ci ;

2° conformément à la déclaration du Dr A., si les séances se passent bien, il n'a pas de contact particulier avec le malade sauf quand il le croise. Donc, à contrario, dans les cas où il ne le croise pas, il n'a aucun contact avec l'assuré ;

3° les patients savent très bien que s'ils ont un problème , le médecin est là et qu'ils peuvent le contacter. Dès lors, s'ils ne présentent pas de problèmes, ils ne voient pas le Dr A., (cf. déclarations des assurés et du prestataire).

On ne peut parler de contrôle dans les cas suivants :

1° lors d'un « coup d'œil » quand l'assuré est enfermé dans sa cabine de PUVA ;

2° quand le prestataire croise dans le couloir ou au secrétariat l'assuré qui est donc habillé.

### Conclusion

Le grief est formulé pour 287 prestations reprises sous le code de Nomenclature 532416, pour 15 assurés, tarifées sur la période du 05/03/2008 au 25/05/2009 et introduites aux organismes assureurs sur la période du 18/06/2008 au 28/05/2009.

L'indu total s'élève à **4.487,78 €**

Le remboursement de l'indu n'a pas eu lieu.

## 2 DISCUSSION

2.1. M. A. relève que le libellé de la prestation ne précise pas en quoi consiste le contrôle du patient lors de chaque séance.

M. A. est présent sur les lieux lors des séances et pourrait intervenir *en cas de besoin*.

Il estime qu'il ne paraît pas exclu que le contrôle du patient puisse résulter d'un contact avec lui, qui ne consiste pas nécessairement dans un examen de visu.

Les patients sont vus dans son cabinet de consultation attendant aux pièces de puvathérapie, au début et à la fin du traitement ainsi que lorsqu'il y a des problèmes en cours de traitement.

Vu la disposition des lieux, il lui est possible de voir ses patients lors de chaque séance soit dans la salle d'attente pré-puva, soit dans la cabine.

Il remarque que, pour un grand nombre de patients, le suivi est purement routinier.

Il ajoute que, quand les patients disent qu'ils ne sont pas vus, cela veut dire pas vus dans son cabinet de consultation mais ils peuvent avoir été vus dans d'autres pièces.

2.2. Il apparaît que, conformément aux déclarations des assurés et du prestataire, les assurés, dans la majorité des cas, n'ont pas eu de contact avec le prestataire mais uniquement avec la secrétaire.

Ainsi, l'enquête met bien en évidence la séquence des événements pour les assurés venant, sur rendez-vous, à leur séance de puvathérapie.

La disposition des lieux et l'organisation même du cabinet font que ces assurés ne sont pas *contrôlés par le médecin lors de chaque séance*.

Il est important de souligner que les complications ou problèmes que l'on pourrait rencontrer dans ce genre de traitement justifient un contrôle effectif de l'état du patient par le médecin. En effet, on conçoit difficilement qu'un examen de contrôle, même rapide, puisse se faire valablement dans les circonstances décrites, d'autant que cela n'est pas systématique.

Par conséquent, en raison de l'absence de contrôle lors de chaque séance, les prestations sont considérées comme étant non conformes à la réglementation.

Le grief a entraîné un débours indu dans le chef de l'assurance obligatoire soins de santé.

Le montant total de l'indu s'élève à 4.487,78 euros.

Puisqu'aucun montant n'a été remboursé, il y a lieu d'ordonner le remboursement de 4.487,78 euros.

2.3. Les infractions reprochées à M. A. sont passibles de sanction.

Elles revêtent un caractère de gravité incontestable.

En effet, M. A. est un collaborateur de l'assurance obligatoire.

Ce statut de collaborateur de l'assurance obligatoire lui donne des droits mais lui impose aussi des devoirs notamment pour éviter de mettre en péril l'équilibre financier du système collectif d'assurance soins de santé.

Le dispensateur de soins doit attester ses prestations en se conformant à la nomenclature des prestations de santé en vigueur.

Par ses agissements, M. A. a porté atteinte à la légitime confiance que devraient pouvoir lui accorder non seulement les autorités mais également les assurés sociaux.

En outre, M. A. n'est pas inconnu du Service d'évaluation et de contrôle médicaux (avertissements et récupérations dans les dossiers E92056800 et E98015900).

Eu égard à tous ces éléments, il s'indique de prononcer une amende administrative s'élevant à 100% du montant de l'indu, soit une amende de 4.487,78 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 M. A. à rembourser la valeur des prestations indues s'élevant à 4.487,78 euros ;
- Condamne M. A. à payer une amende s'élevant à 100% du montant de l'indu, soit une amende de 4.487,78 euros.

**A peine d'irrecevabilité, un recours peut être introduit devant la Chambre de première instance dans le mois à compter de la notification de la décision. Ce délai commence à courir le jour de l'expédition de la lettre recommandée à la poste, le cachet de la poste faisant foi. Le recours ne suspend pas l'exécution de la décision.**

Ainsi décidé à Bruxelles, par le Fonctionnaire-dirigeant du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité.

Fait à Bruxelles le 16 juin 2011.

Le Fonctionnaire – dirigeant,  
Dr Bernard HEPP  
Médecin-directeur général