

DECISION DU FONCTIONNAIRE DIRIGEANT DU 1<sup>ER</sup> JUIN 2016

Numéro de rôle : BRS/F/15-040

Concerne : **Monsieur A.**

**Médecin - médecin de médecine générale "gradué" + ECG à 100 %**

**Et**

**SPRL B.**

**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**

3 griefs ont été formulés (voir pour le détail la note de synthèse précitée) concernant le Docteur 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. Premier grief : prestations non effectuées**

**Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer les documents réglementaires visés dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 ou ses arrêtés d'exécution lorsque les prestations n'ont pas été effectuées ou fournies.**

Ces faits sont constitutifs d'infraction visée à l'article 73bis 1° de la Loi ASSI, coordonnée le 14 juillet 1994, et relèvent des dispositions de l'article 142, §1<sup>er</sup>, 1° de la même loi.

En l'espèce, il s'agit de 17 assurés (sur 21 cas investigués, soit 81%) pour lesquels ont été portées en compte à l'assurance maladie invalidité des prestations qui n'ont pas été effectuées.

#### **➤ Base légale du grief**

La base réglementaire s'appuie sur le principe général qui veut que les prestations ne sont remboursables par l'assurance soins de santé et indemnités que pour autant qu'elles soient dûment effectuées au bénéfice de l'assuré.

C'est d'ailleurs la raison pour laquelle une « attestation de soins donnés » est établie et signée par le dispensateur de soins, selon la procédure définie à l'art. 53, alinéa 1er de la loi coordonnée le 14/07/1994 qui dispose :

*« (...) Les dispensateurs de soins dont les prestations donnent lieu à une intervention de l'assurance sont tenus de remettre aux bénéficiaires ou, dans le cadre du régime du tiers payant, aux organismes assureurs, une attestation de soins ou de fournitures ou un document équivalent dont le modèle est arrêté par le Comité de l'assurance, où figure la mention des prestations effectuées; pour les prestations reprises à la nomenclature visée à l'article 35, § 1er, cette mention est indiquée par le numéro d'ordre à ladite nomenclature.*

➤ Prestations en cause

Les prestations en cause relèvent de l'article 2 de la nomenclature des prestations de santé.

| Code                                                                                   | Libellé                                                                                                                                                                                                                | Lettre      | Coeff                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-----------------------|
| <b>Art.2. " (texte en vigueur pour la période du 01/04/2011 au 30/04/2013)</b>         |                                                                                                                                                                                                                        |             |                       |
| <b>"A.R. 19.12.1991" (en vigueur 1.1.1992) + "A.R. 1.6.2001" (en vigueur 1.7.2001)</b> |                                                                                                                                                                                                                        |             |                       |
| <b>"A. Consultations au cabinet du médecin et visites au domicile du malade :</b>      |                                                                                                                                                                                                                        |             |                       |
| 101032                                                                                 | Consultation au cabinet du médecin généraliste agréé                                                                                                                                                                   | N           | 8                     |
| 103132                                                                                 | Visite, au domicile du malade, par le médecin généraliste agréé                                                                                                                                                        | N<br>D<br>E | 5,6 +<br>4 +<br>1     |
| 103913                                                                                 | Visite par le médecin généraliste agréé à un bénéficiaire dans des institutions avec résidence commune                                                                                                                 | N<br>D<br>E | 5,6 +<br>4 +<br>1     |
| <b>Art.2 "A.R. 19.2.2013" (en vigueur 1.5.2013)</b>                                    |                                                                                                                                                                                                                        |             |                       |
| <b>"B. Consultations au cabinet</b>                                                    |                                                                                                                                                                                                                        |             |                       |
| 101032                                                                                 | Consultation au cabinet du médecin généraliste agréé                                                                                                                                                                   | N           | 8                     |
| <b>"C. Visites</b>                                                                     |                                                                                                                                                                                                                        |             |                       |
| 103132                                                                                 | Visite, au domicile du malade, par le médecin généraliste agréé                                                                                                                                                        | N<br>D<br>E | 5,6 +<br>4 +<br>1     |
| 104215                                                                                 | Visite effectuée par le médecin généraliste agréé au domicile du malade entre 18 heures et 21 heures                                                                                                                   | N<br>D<br>E | 5,6 +<br>11,99 +<br>1 |
| 104230                                                                                 | Visite effectuée par le médecin généraliste agréé au domicile du malade, la nuit, entre 21 heures et 8 heures                                                                                                          | N<br>D<br>E | 5,6 +<br>33,99 +<br>1 |
| 103412                                                                                 | Visite à l'occasion d'un même déplacement pour deux bénéficiaires par le médecin généraliste                                                                                                                           | N<br>D<br>E | 5,6 +<br>4 +<br>0,5   |
| 104252                                                                                 | Visite effectuée un samedi, un dimanche ou un jour férié, entre 8 heures et 21 heures, par le médecin généraliste                                                                                                      | N<br>D<br>E | 5,6 +<br>13,99 +<br>1 |
| 104296                                                                                 | Majoration d'une visite à l'occasion d'un même déplacement pour plusieurs patients par un médecin généraliste (103412, 103434) si la visite est effectuée un samedi, un dimanche ou un jour férié entre 8 et 21 heures | D           | 9,99                  |
|                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                        |             |                       |

➤ Assurés et nombre de prestations : 688 prestations

Le grief est formulé pour 17 assurés (sur 21 cas investigués, soit 81%) et 688 prestations non effectuées, à savoir 10 prestations 103913 (visite de semaine à 1 bénéficiaire résidant en home), 6 prestations 101032 (consultation de semaine au cabinet médical), 600 prestations 103132 (visite à domicile en semaine), 1 prestation 104215 (visite à domicile en semaine entre 18 et 21h), 1 prestation 104230 (visite à domicile, de nuit entre 21h et 8h en semaine), 66 prestations 103412 (visite à domicile pour 2 bénéficiaires en semaine), 2 prestations 104252 (visite à domicile le week-end ou un jour férié entre 8h et 21h), et 2 prestations 104296 (majoration pour une visite de week-end ou jour férié, à plusieurs bénéficiaires) à concurrence d'un indu total de 21.949,65€.

➤ Indu 1<sup>er</sup> grief : 21.949,65 €.

## **1.2. Deuxième grief : prestations non conformes**

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

Ces faits sont constitutifs d'infraction visée à l'article 73 bis 2° de la Loi ASSI coordonnée le 14 juillet 1994 et relèvent des dispositions de l'article 142, §1<sup>er</sup>, 2° de la même loi.

En l'espèce, il s'agit de 13 assurés pour lesquels, **une prestation correspondant au Dossier médical global (DMG) ou à son renouvellement (102771)** a été attestée alors que soit, les assurés démentent formellement avoir donné leur accord, soit il n'y a aucune trace de cet accord dans le dossier.

### ➤ Base légale et réglementaire

#### Loi coordonnée le 14-07-1994

**Art. 73bis.** Sans préjudice d'éventuelles poursuites pénales et/ou disciplinaires et nonobstant les dispositions des conventions ou des accords visés au Titre III, il est interdit aux dispensateurs de soins et assimilés, sous peine des mesures énoncées à l'article 142, § 1er :

(...)

2° de rédiger, faire rédiger, délivrer ou faire délivrer les documents réglementaires précités lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans la présente loi, dans ses arrêtés et règlements d'exécution, dans les conventions et accords conclus en vertu de cette même loi; (...)

**Art. 142. § 1er.** Sans préjudice d'éventuelles sanctions pénales et/ou disciplinaires, les mesures suivantes sont appliquées aux dispensateurs de soins et assimilés qui ne se conforment pas aux dispositions de l'article 73bis :

(...)

2° le 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 mêmes prestations en cas d'infraction aux dispositions de l'article 73bis, 2°; (...)

#### Nomenclature des prestations de santé

##### Art. 2 B

**102771** Supplément pour la gestion du dossier médical global (DMG) par un médecin généraliste, à l'occasion d'une consultation (101032, 101076) ou d'une visite (103132, 103412, 103434) avec l'accord écrit du patient

Le DMG peut être réalisé une fois par année civile.

Le DMG comprend les données socio-administratives du patient, ses antécédents, une liste des problèmes, les rapports des médecins spécialistes et des autres dispensateurs de soins, les traitements chroniques, et un module de prévention se composant d'une liste de contrôle reprenant les différents items du module de prévention et les items qui seront suivis pour le patient. Les notes personnelles du médecin ne font pas partie du dossier médical global.

La gestion du dossier médical global comprend entre autres l'ouverture et sa mise à jour régulière.

**La demande expresse et/ou l'accord écrit du patient, pour la gestion du dossier médical global, figure(nt) dans le dossier.** Si le patient n'est pas à même d'exprimer cette demande expresse ou de donner cet accord personnellement, l'identification du membre de la famille ou du proche qui fait cette demande ou donne cet accord à la place du patient, figure dans le dossier.

Le médecin généraliste qui gère le dossier s'engage, moyennant accord du patient, en cas de renvoi ainsi que sur simple demande du médecin spécialiste traitant, à communiquer à ce dernier toutes les données pertinentes du dossier médical global.

En fonction des recommandations internationales et de l'âge, le module de prévention porte au minimum sur les thèmes suivants :

1° conseils relatifs au mode de vie : tels qu'alimentation, tabac, alcool, exercice physique, stress,...;

2° anamnèse et examen clinique axés sur le système cardiovasculaire;

3° examens de dépistage entre autres du cancer colorectal, et chez la femme, également des cancers du col de l'utérus et du sein en fonction de l'âge;

4° vaccination entre autres contre la diphtérie et le tétanos, grippe et pneumocoque en fonction de l'âge;

5° dosages biologiques : glycémie, créatinine et protéinurie (pour les groupes à haut risque), cholestérol en fonction de l'âge.

Un modèle de check-list peut être établi par le Comité de l'assurance sur proposition de la Commission nationale médico-mutualiste, qui formule sa proposition après avis du Conseil national de la promotion de la qualité.

La check-list est conservée par le médecin généraliste dans le dossier médical global. Dans ce dossier médical global, le médecin généraliste tient à jour toutes les informations concernant les items de la check-list qui sont suivis pour le patient."

➤ Nombre d'assurés : 13

Le grief concerne treize assurés pour lesquels, a été attesté le supplément pour la gestion du dossier médical global (DMG) sous le code 102771 alors qu'ils n'avaient pas donné leur accord (déclarations lors des auditions) ou qu'aucune trace de cet accord ne se trouve au dossier médical.

➤ Nombre de prestations : 13

Le grief est formulé pour 13 x la prestation 102771.

➤ Indu 2<sup>ème</sup> grief : 389,74€.

### **1.3. Troisième grief : prestations non conformes**

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

Ces faits sont constitutifs d'infraction visée à l'article 73 bis 2° de la Loi ASSI coordonnée le 14 juillet 1994 et relèvent des dispositions de l'article 142, §1<sup>er</sup>, 2° de la même loi.

En l'espèce, il s'agit d'un couple d'assurés (Monsieur C. et Madame D.) et de 4 assurés, pensionnaires du home, pour lesquels, **le Dr A. a attesté le code 103132 (visite à un bénéficiaire) en lieu et place du code 103412 (visite à deux bénéficiaires à l'occasion d'un même déplacement) ou 103434 (visite à trois bénéficiaires ou plus, à l'occasion d'un même déplacement).**

Pour ce faire, le Dr A. indique des jours différents sur les ASD alors qu'il a vu les patients le même jour.

➤ Base légale du grief

Loi coordonnée le 14-07-1994

**Art. 73bis.** Sans préjudice d'éventuelles poursuites pénales et/ou disciplinaires et nonobstant les dispositions des conventions ou des accords visés au Titre III, il est interdit aux dispensateurs de soins et assimilés, sous peine des mesures énoncées à l'article 142, § 1er :

(...)

2° de rédiger, faire rédiger, délivrer ou faire délivrer les documents réglementaires précités lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans la présente loi, dans ses arrêtés et règlements d'exécution, dans les conventions et accords conclus en vertu de cette même loi; (...)

**Art. 142. § 1er.** Sans préjudice d'éventuelles sanctions pénales et/ou disciplinaires, les mesures suivantes sont appliquées aux dispensateurs de soins et assimilés qui ne se conforment pas aux dispositions de l'article 73bis :

(...)

2° le 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 mêmes prestations en cas d'infraction aux dispositions de l'article 73bis, 2°; (...)

Nomenclature des prestations de santé – article 2

| Art.2 "A.R. 19.2.2013" (en vigueur 1.5.2013) |                                                                                                      |             |                        |
|----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|------------------------|
| "B. Consultations au cabinet                 |                                                                                                      |             |                        |
| 101032                                       | Consultation au cabinet du médecin généraliste agréé                                                 | N           | 8                      |
| "C. Visites                                  |                                                                                                      |             |                        |
| 103132                                       | Visite, au domicile du malade, par le médecin généraliste agréé                                      | N<br>D<br>E | 5,6 +<br>4 +<br>1      |
| 103412                                       | Visite à l'occasion d'un même déplacement pour deux bénéficiaires par le médecin généraliste         | N<br>D<br>E | 5,6 +<br>4 +<br>0,5    |
| 103434                                       | Visite à l'occasion d'un même déplacement pour plus de deux bénéficiaires par le médecin généraliste | N<br>D<br>E | 5,6 +<br>4 +<br>E 0,33 |

➤ Nombre d'assurés et de prestations :

Le grief concerne 6 assurés [un couple (Monsieur C et Madame D.) et 4 assurés, pensionnaires du home... et est formulé pour 88 prestations litigieuses - code 103132.

Celles-ci ont été requalifiées par le SECM et ont donné lieu a un indu différentiel.

| NOM,PRENOM    | CODE    | NOMBRE | MONTANT  | CODE     | NOMBRE | MONTANT  | INDU DIFFÉRENTIEL |
|---------------|---------|--------|----------|----------|--------|----------|-------------------|
| Monsieur C.   | 103132  | 4      | 188,56   | 103412   | 4      | 150,88   | 37,68 €           |
| Madame D.     | 103132  | 4      |          | 103412   | 4      |          |                   |
| E.            | 103132  | 20     | 2.723,77 | 103412   | 46     | 1.250,64 | 598,34€           |
| F.            | 103132  | 19     |          | 103434   | 34     |          |                   |
| G.            | 103132  | 10     |          |          |        |          |                   |
| H.            | 103132  | 31     |          |          |        |          |                   |
| <b>TOTAUX</b> | 2912,33 |        |          | 2.276,31 |        |          | 636,02€           |

➤ Indu différentiel 3<sup>ème</sup> grief: 636,02 €.

## II. DISCUSSION

### 1. QUANT AU FONDEMENT DES GRIEFS

#### 1.1. Premier grief : prestations non effectuées

Le Docteur A., dans une déclaration de portée générale, reconnaît la réalité du grief.

En effet, celui-ci, interrogé en date du 14-04-2015 quant à la portée des déclarations des assurés Monsieur C. et Madame I., déclare :

« (...) »

*A ce stade, je me décide de vous dire la vérité. Il est exact que pour Monsieur C. ainsi que pour d'autres patients, j'ai attesté des prestations non effectuées au nom du titulaire de la vignette. J'ai utilisé les vignettes de Monsieur C. pour me faire honorer des prestations effectuées à des assurés qui n'avaient pas les moyens de me payer. (...) ».*

*« (...) D'une façon générale, je vous confirme que j'ai attesté des prestations non effectuées au nom du titulaire de la vignette. J'ai utilisé les vignettes du titulaire pour me faire honorer des prestations effectuées à des assurés qui n'avaient pas les moyens de me payer. Vous me dites que cela n'explique pas l'augmentation de mon profil. Je vous réponds qu'en fait j'ai « régularisé » une situation qui existait depuis plusieurs années, à savoir me faire payer les prestations que je dispensais gratuitement à des assurés qui ne savaient pas me payer. Je reconnais que la façon dont j'ai procédé pour ce faire n'est pas réglementaire en ce sens qu'elle m'a amené à facturer au nom de certains assurés des prestations que j'avais effectuées chez d'autres assurés insolvables. (...) »*

L'enquête devait révéler que cette pratique ne concernait pas que deux assurés mais également d'autres patients du Docteur A. ;

En effet, il ressort de manière unanime des déclarations des 17 assurés interrogés ainsi que de celles de Madame J., infirmière-chef du home» que le Docteur A. ne visitait pas ses patients selon une fréquence telle que celle attestée sur ses attestations de soins donnés ;

Le Docteur A. explique à ce sujet qu'il attestait des prestations non effectuées pour se faire rembourser de prétendus soins dispensés gratuitement à d'autres personnes.

Ce fait, bien que de toute manière punissable, n'est toutefois pas avéré puisque le Docteur A., invité à préciser les noms des bénéficiaires réels, les dates et la nature des prestations prétendument réellement dispensées, s'est toutefois trouvé dans l'incapacité de pouvoir le faire.

S'agissant des pensionnaires du home..., le Service estime en outre que l'attestation par le Docteur A. d'un grand nombre de prestations journalières en l'absence de toute notion d'urgence d'après le dossier médical des assurés concernés, rend incohérente l'éventualité de passages en des moments différents de la journée.

C'est pourquoi, pour chaque cas d'assuré, le SECM a rétabli une facturation correcte qui a été admise comme telle par le Dr A. et ce, sur base :

- des déclarations des assurés et, pour les pensionnaires du home, sur les déclarations de l'infirmière-chef, Mme J.
- des éléments présents au dossier infirmier et au dossier médical du home pour les assurés y résidant.
- des dates de délivrance pharmaceutique et des dates de prélèvement sanguin.

- des autres éléments du parcours médical des assurés tels qu'ils ressortent des données authentifiées fournies par les OA sur base de leur nom.
- Et des déclarations du Dr A. lors de ses auditions du 15/01, du 03/02 et du 14/04/2015.

Après analyse de tous ces éléments d'enquête, il est apparu que le Docteur A. avait attesté, pour ces 17 assurés, 688 prestations non effectuées pour un montant de 21.949,65€.

Le grief est établi.

### **1.2. Deuxième grief : prestations non conformes**

Lors de ses différentes auditions en date des 15/01/2015, 03/02/2015 et 14/04/2015, le Docteur A. lui-même reconnaît que ce n'est que depuis 2015, qu'il fait signer le consentement du patient pour le Dossier Médical Global et que pour les années antérieures, il ne dispose pas d'un tel document.

Ceci transparait également des auditions des différents assurés, de l'examen des dossiers saisis au home, des copies des dossiers des assurés fournies par le Dr A. ainsi que de l'analyse des données informatisées transmises et authentifiées par les différents OA conformément au prescrit de l'article 138 de la LC ;

Il ressort en effet de tous ces éléments que pour treize assurés le Docteur A. a attesté le supplément pour la gestion du dossier médical global (DMG) sous le code 102771 alors qu'ils n'avaient pas donné leur accord (déclarations lors des auditions) ou qu'aucune trace de cet accord ne se trouve au dossier médical.

De tout quoi, le grief est établi.

### **1.3. Troisième grief : prestations non conformes**

Le grief concerne le couple Monsieur C. et Madame D. ainsi que 4 pensionnaires du home.

L'analyse des données authentifiées a montré que le Dr A. attestait régulièrement le code 103132 pour visite à un bénéficiaire alors qu'il voyait plusieurs personnes au cours de la même visite, au lieu du code 103412 (visite à deux bénéficiaires) ou du code 103434 (visite à plus de deux bénéficiaires).

Auditionnés en date du 28/11/2014, Monsieur C. et son épouse Madame D..., sont formels quant au fait que le Docteur A. venait chaque lundi et qu'il les examinait systématiquement tous les deux le même jour.

De plus, l'analyse des données authentifiées a permis de mettre en évidence une discordance entre les prestations attestées par le Dr A. au nom des époux, à savoir une prestation 103132 attestée à une date au nom de l'un des époux, suivie de la même prestation 103132 attestée le lendemain au nom de l'autre époux, et les déclarations formelles et précises des deux assurés.

De même, il ressort des déclarations du 02/12/2014 de Mme J., infirmière-chef du home, où résident les autres assurés concernés par le grief, que le Docteur A. vient pratiquement tous les vendredi et qu'il voit systématiquement plusieurs patients ce jour-là ;

Madame J. précise que si elle veut que le Docteur A. vienne un autre jour de la semaine, elle doit « sonner elle-même pour insister » ;

De tout quoi, le grief est établi.

## **2. INDU TOTAL ET REMBOURSEMENT**

En date du 2 juin 2015, le Dr A. a procédé au remboursement de la somme de 22.975,41€ correspondant au montant total de l'indu.

## **3. SUR LE PLAN DE L'AMENDE ADMINISTRATIVE.**

### **3.1. Législation applicable**

L'article 142 §1, 1° de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 prévoit expressément que les dispensateurs de soins qui ne se conforment pas aux dispositions de l'article 73 bis 1° de la loi ASSI (prestations non effectuées) sont tenus au remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé et au paiement d'une amende administrative comprise entre 50 % et 200 % du montant de la valeur des prestations concernées.

L'article 142 §1, 2° de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 prévoit quant à lui que les dispensateurs de soins qui ne se conforment pas aux dispositions de l'article 73 bis 2° de la loi ASSI (prestations non conformes) sont tenus au remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé et/ou au paiement d'une amende administrative comprise entre 5 % et 150 % du montant de la valeur des prestations concernées.

### **3.2. Le cas du Docteur A.**

Attendu que le Docteur A. ne conteste pas la matérialité des griefs qui lui sont reprochés ;

Que s'agissant du premier grief, celui-ci avoue avoir attesté des prestations non effectuées, en utilisant des vignettes de certains de ses patients pour se faire honorer des prestations effectuées à des assurés qui n'avaient pas les moyens de le payer.

Que toutefois, le Docteur A., invité à préciser les noms des bénéficiaires réels, les dates et la nature des prestations prétendument réellement dispensées, s'est trouvé dans l'incapacité de pouvoir le faire.

Qu'il ressort de l'ensemble des éléments du dossier (aveux du Docteur A., déclarations des assurés, examen des autres éléments factuels) que toutes les prestations retenues comme litigieuses au titre de ce grief résultent d'un procédé délibérément frauduleux mis en place par le Docteur A.

Qu'en effet, les propos tenus par le Docteur A. révèlent dans son chef l'existence d'une pratique consciemment frauduleuse qui consistait à sciemment utiliser des vignettes de certains de ses patients, pour attester, à leur nom, des prestations non effectuées et ce, en utilisant à son seul profit, le système du tiers-payant.

Qu'en agissant de la sorte, le Docteur A. a, par ses agissements, délibérément spolié les deniers de l'assurance obligatoire soins de santé et par là, de la collectivité.



Que le Service tient à rappeler que porter en compte à l'assurance obligatoire soins de santé des prestations de soins qui n'ont pas été délivrées aux bénéficiaires constitue la faute la plus grave dans l'échelle des manquements prévus à l'article 73 bis de la loi ASSI coordonnée le 14 juillet 1994.

Qu'en égard à l'ensemble de ces éléments, et notamment au montant très important de l'indu lié à ce grief, (21.949,65 EUR sur une période de 12 mois, soit en moyenne, 1.829,13 € par mois), le Service estime qu'une amende administrative s'impose et ce, indépendamment du fait que l'indu a été intégralement remboursé.

Que s'agissant des 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> griefs, le Service estime qu'en sa qualité de collaborateur du système d'assurance obligatoire soins de santé, le Docteur A. ne pouvait ignorer le prescrit de la nomenclature des prestations de santé et plus particulièrement des règles relatives au Dossier Médical Global ainsi que les codes à utiliser en cas de visites simultanées à deux ou plusieurs patients.

Qu'en l'espèce, concernant le 2<sup>ème</sup> grief, le Docteur A. reconnaît qu'il ne fait signer le consentement du patient pour le DMG que depuis 2015 et qu'avant cette date, rien n'avait été mis en place.

Qu'ayant méconnu les obligations qui étaient les siennes concernant la tenue du DMG, il n'était pas en droit d'attester la prestation 102771 portant sur le « supplément pour la gestion du dossier médical global à l'occasion d'une consultation ou d'une visite avec l'accord écrit du patient. »

Attendu qu'en ce qui concerne le 3<sup>ème</sup> grief, il ressort très clairement des déclarations des assurés concernés par le grief ainsi que des déclarations de Madame J..., infirmière-chef du home ... que le Docteur A. attestait systématiquement le code 103132 (visite à un seul bénéficiaire) alors qu'il voyait toujours plusieurs patients lors d'une même visite ;

Que pour attester ce code, le Docteur A. n'a pas hésité à indiquer sur ses ASD des dates différentes de visites pour chacun de ces patients ;

Qu'en falsifiant ainsi les documents réglementaires permettant le remboursement des prestations de santé par l'assurance obligatoire, le Docteur A. s'est rendu coupable de faits d'une extrême gravité.

Que de manière générale, il a consciemment et librement méconnu les obligations qui étaient les siennes en sa qualité de dispensateur de soins ;

Qu'à ce propos, il n'est pas inutile de rappeler que les règles de la nomenclature sont d'ordre public.

Que ces normes sont dès lors de stricte interprétation et qu'il n'appartient pas aux dispensateurs de soins d'en faire une interprétation personnelle ;

Qu'il ne leur appartient pas d'avantage de les contourner ou de les modifier pour des raisons d'opportunité ;

Qu'en conséquence, il y a également lieu d'infliger au Docteur A., une amende administrative du chef des 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> griefs.

### 3.3. Sur le quantum de l'amende

Vu ce qui précède, le Fonctionnaire-dirigeant estime qu'il est justifié de prononcer à l'égard du Dr A. une amende administrative égale à :

- 150% de la valeur des remboursements indus, soit la somme de 32.924,47 euros, pour le 1<sup>er</sup> grief ;
- 50% de la valeur des remboursements indus, soit la somme de 194,87 euros, pour le 2<sup>ème</sup> grief;
- 100% de la valeur des remboursements indus, soit la somme 636,02 euros, pour le 3<sup>ème</sup> grief.

### **4. LA DEMANDE AU TITRE DES INTERETS SUR LA SOMME DES PRESTATIONS INDUMENT ATTESTEES.**

L'article 156, §1<sup>er</sup>, alinéa 2 de la loi ASSI coordonnée (tel que modifié par l'article 26, 1°, de la loi du 17 juillet 2015 portant des dispositions diverses en matière de santé, M.B. du 17 août 2015) 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 1<sup>er</sup>. 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 ».***

En conséquence, les sommes non payées dans le délai de 30 jours suivant la notification de la décision du Fonctionnaire-dirigeant, seront de plein droit majorées d'intérêts moratoires à compter de l'expiration de ce délai et ce jusqu'au complet paiement des sommes dues.

### **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 les griefs établis ;
- Condamne solidairement le Docteur A. et la SPRL B. à rembourser la valeur des prestations indues s'élevant à 22.975,41 EUR ;
- Constate que ce montant a été intégralement remboursé en date du 02/06/2015 ;

- Condamne le Docteur A. à payer une amende administrative au titre du 1<sup>er</sup> grief (prestations non effectuées) s'élevant à 150% du montant total des prestations litigieuses (21.949,65 EUR) soit une amende administrative effective de 32.924,47 EUR.
- Condamne le Docteur A. à payer une amende administrative au titre du 2<sup>ème</sup> grief (prestations non conformes) s'élevant à 50% du montant total des prestations litigieuses (389,74 EUR) soit une amende administrative effective de 194,87 EUR.
- Condamne le Docteur A. à payer une amende administrative au titre du 3<sup>ème</sup> grief (prestations non conformes) s'élevant à 100% du montant total des prestations litigieuses (636,02 EUR) soit une amende administrative effective de 636,02 EUR.
- Déclare qu'à défaut de paiement des sommes dues par le Docteur A. dans les 30 jours de la notification de la décision du fonctionnaire-dirigeant, des intérêts au taux légal en matière sociale, tel que prévu à l'article 156, §1<sup>er</sup> de la loi ASSI, seront dus, de plein droit, à compter de l'expiration du délai précité.

Ainsi décidé à Bruxelles, le 01/06/2016

Le Fonctionnaire – dirigeant,

Dr Bernard HEPP  
Médecin-directeur général