

**DECISION DU FONCTIONNAIRE-DIRIGEANT DU 31 OCTOBRE 2016
BRS/F/16-029/art.77**

Concerne : **Monsieur A.**
Médecin – spécialisé en chirurgie

1. EXPOSE DES FAITS

1.1. Données administratives

Dr A. est médecin-spécialiste en chirurgie.

1.2. Autres informations

Sa pratique

Son cabinet est situé rue ... à ...

Il est actif à différents endroits à ...

- La Polyclinique B.
- La polyclinique C.
- Le centre médical D.

Il ne travaille pas en association.

Il atteste aussi bien directement au patient (1/4 des cas) qu'en tiers payant via un service de tarification (...)

Pour son administration, le Docteur A. se fait épauler par l'association ... (tenue des dossiers, secrétariat)

Analyse des données attest (Période 1/8/2014 – 31/07/2015)

Prestatiecode	FLIBELLE	Nombre	Montant
102535	CONS.SPEC.ACCR	1207	23.546,02
220135	INCI THRO HEMO	906	24.408,61
220216	EXERE ANTHRAX	1591	108.561,67
220275	EXE TUM MAL MOL	139	32.644,08
220312	TUM BENI PROF	495	107.386,45
total		4338	296.546,83

1. Les prestations 220312 en 220275 ne sont pas remboursables car elles doivent être réalisées en milieu hospitalier (K 120). Or le docteur A. n'a aucune activité hospitalière.
2. La prestation 220216 (exérèse de anthrax) : 1591 fois cette prestation a été attestée ; or l'antrax est une maladie dont l'incidence en Belgique est rarissime.
3. L'analyse des données attest met en évidence un nombre incroyablement élevé d'interventions chirurgicales par assuré, même chez des enfants.

1.3. Antécédents liés aux dossiers

Pas d'antécédent connu au Service d'évaluation et de contrôle médicaux.

1.4. Profils

Profils 2012-2015

Période	2012	2013	2014	2015
Remboursement	€ 25.258,77	€ 50.406,26	€ 235.912,43	€ 434.104,32
nombre de prestations	555	1.002	3.314	6.152

Partie tiers-payant du profil 2015

Type de paiement	Nombre de prestations	Remboursement
Sans tiers-payant	1.146	87.648,61
Tiers-payant	5.006	346.455,71
Total	6152	434.104,32

Données Dabrali 2015

		Nombre de prestations	Remboursement
Nomenclatuurcode	Korte beschrijving van de nomenclatuurcodes		
102535	CONS.ACCR.SPEC.	1.676	32.468,72
220135	INSN.HEMORRH.THR.	995	26.357,19
220216	UITSN.ANTHRAX	2.480	161.968,28
220275	DIEPE EXPANS.TU.	152	32.430,72
220312	DIE.TU.GELAAT#HUID	849	180.879,41
		6.152	434.104,32

1.5. Indices graves, précis et concordants en vue de la suspension des paiements du n° tiers payant

Les résultats de l'enquête

Les prestations de la période 08/2014 – 07/2015 ont été examinées.

Dix assurés ont été interrogés. Certains disent ne jamais avoir consulté le docteur A., voire le connaître. Aucun ne pouvait confirmer la réalité des prestations chirurgicales attestées à leur nom.

Le prestataire a été interrogé le 26/07/2016.

Le dossier de 10 patients a été demandé pour inspection. Pour 5 seulement, le prestataire a pu présenter un dossier. Dans aucun de ces dossiers, il n'y avait mention des interventions chirurgicales attestées.

Le prestataire a fini par reconnaître qu'il y avait des irrégularités graves mais a désigné l'association ... comme coupable. Interrogé sur ces accusations l'administrateur délégué de l'association, Monsieur E., nie toute implication dans la façon d'attester du docteur A.

Concernant le grand nombre d'anthrax, le prestataire avoue qu'il atteste ce code pour l'enlèvement de chéloïdes. Cette explication n'a pu être confirmée ni par le témoignage des assurés ni par l'inspection des dossiers. Il existe d'ailleurs un numéro spécifique pour enlever des cicatrices défigurantes.

Le prestataire a été interrogé une deuxième fois le 31/08/2016, afin de contrôler davantage de dossiers médicaux. Aucun dossier n'a pu être présenté à cause d'un « projet d'informatisation ». Le Dr A. a alors, de mémoire, commenté pour 20 assurés les prestations attestées à leur nom. Il reconnaît avoir utilisé des codes « inadaptés » et ne jamais avoir enlevé de tumeur profonde du

...

visage, ni excisé d'anthrax ou d'hémorroïdes. De toutes les sept ASD lui présentées, le Dr A. a reconnu les avoir signées et avoir mis les codes de la nomenclature. Il a déclaré avoir arrêté toute attestation « inadaptée ».

Constats durant la période 1/8/2014 – 31/07/2015

- Conformité
 - 634 prestations ne sont pas attestables car « non effectuées » en milieu hospitalier
 - Les règles des champs opératoires ne sont pas connues par le prestataire et donc non appliquées. Durant la période examinée, il y a eu 972 contacts où deux ou trois prestations chirurgicales ont été attestées
 - 1591 fois la prestation exérèse d'anthrax a été attestée pour le traitement de chéloïdes.
- Réalité : Il y a des arguments forts pour dire que quasi aucune intervention chirurgicale n'a été effectuée.
 - Les témoignages des assurés
 - L'absence de mention dans le dossier
 - Le nombre anormal d'interventions par patient. Durant l'année examinée il y a 23 enfants qui ont subi 10 interventions chirurgicales ou plus (2 même 40 ou plus)
 - La nature des interventions : 34 enfants ont été opérés pour des hémorroïdes, dont 7 ont été opérés 10 fois ou plus.

Les pertes pour l'assurance maladie sont considérables. Si on considère seulement les consultations comme effectuées, l'indu s'élève à 270000 €. (pour la période examinée). Si on se base sur les données de Dabrali 2015, le montant monte à environ 400.000€

Conclusion

- Les infractions sont multiples, systématiques et suffisamment documentées nécessitant une action rapide.
- La complicité de certains assurés n'est pas à exclure. Il est peu probable que l'assuré qui se fait rembourser à la mutuelle et qui est donc au courant du montant anormalement élevé de la facture, ne soit pas quelque peu impliqué.

2. DISCUSSION

Le 21/10/2016, le SECM a reçu les moyens de défense de Monsieur A.

Ce dernier insiste sur le caractère défavorisé de sa patientèle, ce qui justifierait sa pratique (Nous soulignons ci-après les passages les plus éclairants).

« Je pratique une médecine sociale. Je tiens une consultation et ne reçois pas sur rendez-vous. De ce fait, la salle d'attente est souvent bondée. Je me fais un devoir de recevoir tout patient qui se présente sans exception.

*Beaucoup de mes patients, faute d'être en ordre de mutuelle, ne peuvent aller dans des hôpitaux pour des urgences. De plus, dans leur culture africaine, **le médecin peut être appelé matin et soir pour une consultation à domicile. Je fais cinq à six visites à domicile par jour.***

*Pour ce qui est de **la couverture mutuelle**, certains, avec la complicité des parents, utilisent la même mutuelle. Parfois, un adulte non assuré utilise la mutuelle de l'enfant. Vu le nombre de patients qui me consultent, je ne peux pas tout contrôler.*

*Dans ces conditions, **je ne puis garantir que les identités reprises sur les dossiers soient correctes et n'aient pas été empruntées. De nombreux sans-papiers ont fait usage d'alias** ».*

(page 2)

*« je suis un certain nombre de mes patients durant plusieurs mois, voire même plusieurs années, alors qu'ils sont en cours de régularisation mutuelle. **Dès qu'ils font l'objet d'une régularisation, nous régularisons aussi à notre niveau les multiples consultations.***

C'est pour cela qu'une personne peut facturer d'un seul coup plusieurs consultations qui s'étalent sur une période d'un an.

*Par ailleurs, les vignettes des enfants ont souvent été utilisées par les parents **qui ne sont pas en ordre de mutuelle.** Le contrôle n'est pas toujours aisé à faire par le secrétariat » (page 3).*

Ces éléments sont éclairants sur la méthode de travail de M. A. le peu de diligence qu'il met en œuvre pour s'assurer de l'assurabilité des personnes au nom desquelles il introduit/fait introduire les données de facturation auprès de l'assurance soins de santé dans le cadre du tiers payant.

Par ailleurs, il justifie ne pas avoir pu présenter des dossiers médicaux par le fait que sa salle d'attente est bondée et qu'il peut avoir oublié quelques fois de noter des codes. Il indique que ce peut être lié à un manque d'entraide avec ... qui aurait perdu plusieurs dossiers du fait des déplacements du Dr A. dans plusieurs polycliniques. Ces éléments révèlent de nouveau le peu de soin qu'il met à respecter les obligations auxquelles il est tenu.

Enfin, le Docteur A. évoque le montant qui lui est réclamé au terme du PVC qui lui a été notifié et la négociation d'un plan de remboursement. Il opère manifestement une confusion entre les suites données au procès-verbal de constat qui lui a été notifié (art. 142 de la loi ASSI) et la procédure dans le cadre de laquelle la présente décision est rendue (art. 77sexies de la même loi) et qui vise à, le cas échéant, suspendre provisoirement les paiements par les organismes assureurs dans le cadre du tiers payant au Docteur A.

Les explications données dans ses moyens de défense constituent elles-mêmes des indices supplémentaires de fraude au regard du fait qu'il reconnaît ne pas vérifier les noms des patients, leur assurabilité (ce qui pose question en matière de demande de remboursements à l'assurance soins de santé dans le cadre du tiers payant), les dates de ces prestations et l'adéquation entre le code de la nomenclature attesté et la prestation réalisée.

Si à plusieurs reprises, le Dr A. affirme qu'il n'a jamais voulu « tricher », il reste que ses moyens de défense, de par sa reconnaissance et son affirmation d'une pratique illicite sans remise en question de sa part, ajoutés aux éléments décrits au §1^{er} de la présente décision, constituent des indices graves, précis et concordants de fraude quant à la persistance des infractions relevées dans le procès-verbal de constat qui lui a été notifié le 16/09/2016.

Vu la gravité des faits évoqués ci-dessus, la portée de ses affirmations dans ses moyens de défense et les montants en jeu, le Fonctionnaire dirigeant estime qu'une suspension totale des paiements par les organismes assureurs dans le cadre du régime du tiers payant au Docteur A. pour la période maximale de douze mois prévue à l'art. 77sexies, est justifiée.

PAR CES MOTIFS,

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

- Déclare qu'il existe des indices graves, précis et concordants de fraude relatifs à la facturation à l'assurance soins de santé et indemnités en tiers payant du Docteur A.;
- Ordonne la suspension totale des paiements par les organismes assureurs dans le cadre du régime du tiers payant au Dr A. pour la période de 12 mois prévue à l'art. 77*sexies* de la loi ASSI ;

Ainsi décidé à Bruxelles, le 31/10/2016

Le Fonctionnaire – dirigeant,

Dr Bernard HEPP
Médecin-directeur général