

**DECISION DU FONCTIONNAIRE-DIRIGEANT DU 21 AVRIL 2017  
BRS/F/16-033**

Concerne : **Monsieur A.**  
**médecin - spécialiste en oto-rhino-laryngologie**  
**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**

Dix griefs ont été formulés concernant le Dr A. et la SPRL B., 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 n°1**

**Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer des documents réglementaires visés dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, dans ses arrêtés et règlements d'exécution, dans les conventions et accords conclus en vertu de cette même loi, permettant le remboursement des prestations de santé, lorsque les prestations n'ont pas été effectuées ou fournies, s'agissant des prestations :**

- **255216 – 255220 : résection de polypes de l'oreille, par cure**
- **255813 – 255824 : extraction de corps étrangers du nez**
- **255835 – 255846 : intervention chirurgicale pour synéchie nasale**

**Infraction visée à l'article 73bis 1° de la loi ASSI coordonnée le 14 juillet 1994.**

En l'espèce, il est reproché au Dr A. d'avoir porté en compte ou d'avoir permis que soient portées en compte à l'assurance obligatoire soins de santé, en son nom, par le CH I...., au moyen de factures récapitulatives signées par le Docteur C., en tant que directeur médical, par le biais de documents ayant valeur de documents internes les prestations **255216/255220, 255813/255824 et 255835/255846**, reprises à l'article 14i de l'A.R. du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance et indemnités, prestations non remboursables en ce sens qu'elles n'ont pas été effectuées, ceci ayant entraîné des débours indus.

#### **1.1.1 Base légale du grief**

**NPS, article 14 i) les prestations relevant de la spécialité en oto-rhino-laryngologie (DL) :**

2859	255216	255220	Résection de polypes de l'oreille, par cure	K	20
2810	255813	255824	Extraction de corps étrangers du nez	K	20
2820	255835	255846	Intervention chirurgicale pour synéchie nasale	K	25

Règle interprétative 06

QUESTION

Quels sont les honoraires prévus pour l'enlèvement d'un bouchon de cérumen ?

REPONSE

L'enlèvement d'un bouchon de cérumen est couvert par les honoraires éventuels prévus pour la consultation.

Date du moniteur : 24/06/2003  
 Date de prise d'effet : 24/06/2003  
 Articles : 14i ;  
 Numéro de nomenclature :

Règle interprétative 03

QUESTION

Comment faut-il attester le rinçage nasal ?

REPOSE

Le rinçage nasal n'est pas prévu à la nomenclature des prestations de santé et ne peut faire l'objet d'un remboursement.

Date du moniteur : 24/06/2003  
 Date de prise d'effet : 24/06/2003  
 Articles : 14i ;  
 Numéro de nomenclature :

**1.1.2 1<sup>er</sup> sous grief**

Concerne la prestation **255216-255220** correspondant à la **résection de polypes de l'oreille, par cure**, reprise à l'article 14 i) de l'A.R. du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance et indemnités.

1.1.2.1 Fondements du grief

Les éléments de l'enquête ayant contribué à établir ce grief sont :

- l'analyse des profils du Dr A., reprenant tous les remboursements par l'ensemble des organismes assureurs (OA) ;
- l'analyse des données informatisées transmises et authentifiées par les différents OA conformément au prescrit de l'article 138 de la LC ;
- les auditions du Dr A. en date des 26/02/2016 et 11/03/2016

1.1.2.2 Prestations retenues

Concernant la période du 01/08/2014 au 31/07/2015 (date de prestation), le Docteur A. a porté en compte ou permis que soient portées en compte aux OA 1.300 prestations **255216/255220 (résection de polypes de l'oreille, par cure)** pour un montant de 34.010,40 € (cf pour le détail la note de synthèse, p.11) :

- 1.006 prestations attestées par le Dr A., lui-même
- 294 prestations attestées dans le cadre du CH I...

En date du 11/03/2016, le Dr A. déclare :

*« Polypes d'oreille : je considère que des polypes ont été enlevés dans maximum 20% des prestations attestées et que dans 80%, j'assimilais le code « polypes » pour des lavages avec enlèvement de débris de cérumen. Suivant ce que vous dites, je m'engage à ne porter ce code en compte que pour des cures d'exérèse de polypes d'oreille. »*

Le Dr A. reconnaît que, dans 80% des prestations correspondantes attestées, il a assimilé un nettoyage du conduit auditif aux codes 255216/255220 correspondants à la résection de polypes de l'oreille, par cure (Cf pièces 192 et 259).

Or la règle interprétative n°6 prévoit que l'enlèvement d'un bouchon de cérumen est couvert par les honoraires éventuels prévus pour la consultation.

Il en résulte qu'aucun honoraire n'est dû pour le nettoyage du conduit auditif externe.

En conséquence, concernant la période du 01/08/2014 au 31/07/2015 (dates de prestation), l'infraction est constatée pour 1.040 prestations, soit 80% des 1.300 prestations attestées (période correspondante d'introduction aux OA : du 01/09/2014 au 30/06/2015).

### **1.Prestations attestées par le Dr A.**

854 x 28,05 € = 23.954,70 €  
 150 x 14,03 € = 2.104,50 €  
 2 x 27,50 € = 55,00 €

Soit un total de 1006 prestations pour un montant de 26.114,20 € dont 80%, soit 805, sont litigieuses avec un indu global de **20.891,36 €**

### **2.Prestations attestées dans le cadre du CH I.**

269 x 28,05 € = 7.545,45 €  
 25 x 14,03 € = 350,75 €

Soit un total de 294 prestations pour un montant de 7.896,20 € dont 80%, soit 235, sont litigieuses avec un indu global de **6.316,96 €**

L'indu pour ce sous-grief est donc de :

<b>20.891,36 € + 6.316,96 € = 27.208,32 €</b>
---

#### **1.1.3 Deuxième sous grief**

Il concerne la prestation **255813-255824** correspondant à l'**extraction de corps étrangers du nez**, reprise à l'article 14 i) de l'A.R. du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance et indemnités.

##### **1.1.3.1 Fondements du grief**

Les éléments de l'enquête ayant contribué à établir ce grief sont :

- l'analyse des profils du Dr A., reprenant tous les remboursements par l'ensemble des organismes assureurs (OA) ;
- l'analyse des données informatisées transmises et authentifiées par les différents OA conformément au prescrit de l'article 138 de la LC ;
- les auditions du Dr A. en dates des 26/02/2016 et 11/03/2016.

##### **1.1.3.2 Prestations retenues**

Concernant la période du 01/08/2014 au 31/07/2015 (dates de prestation), le Docteur A. a porté en compte ou permis que soient portées en compte aux OA 1.433 prestations **255813/255824 (extraction de corps étrangers du nez)** pour un montant de 31.886,31 € (cf pour le détail la note de synthèse, p.12-13) :

- 732 prestations attestées par le Dr A., lui-même
- 701 prestations attestées dans le cadre du ...

En date du 11/03/2016, le Dr A. déclare :

*« Corps Etrangers du nez : ce n'est pas du non effectué. Dans l'ensemble, je considère que j'enlève des C.E. dans 30% et que dans les 70% restant ce sont des croûtes. »*

Le Dr A. reconnaît que, dans 70% des prestations correspondantes attestées, il a assimilé un nettoyage-aspiration du nez aux codes 255813/255824 correspondants à l'extraction de corps étrangers du nez (Cf pièces 192 et 259).

Or la règle interprétative n°3 prévoit que le rinçage nasal est couvert par les honoraires éventuels prévus pour la consultation. Aucun code spécifique ne lui est attribué dans la nomenclature des prestations de santé.

Il en résulte qu'aucun honoraire n'est dû pour le rinçage du nez.

En conséquence, concernant la période du 01/08/2014 au 31/07/2015 (dates de prestation), l'infraction est constatée pour 1.004 prestations soit 70% des 1.434 prestations attestées (périodes correspondantes d'introduction aux OA : du 01/09/2014 au 30/06/2015).

### **1.Prestations attestées par le Dr A.**

$$\begin{aligned} 608 \times 24,93 &= 15.157,44 \text{ €} \\ 1 \times 24,23 &= 24,23 \text{ €} \\ 123 \times 12,47 &= 1.533,81 \text{ €} \end{aligned}$$

Soit un total de 733 prestations pour un montant de 16.715,48 € dont 70%, soit 513, sont litigieuses avec un indu global de **11.700,83 €**

### **2.Prestations attestées dans le cadre du CH I...**

$$\begin{aligned} 516 \times 24,93 &= 12.863,88 \text{ €} \\ 185 \times 12,47 &= 2.306,95 \text{ €} \end{aligned}$$

Soit un total de 701 prestations pour un montant de 15.170,83 € dont 70%, soit 491, sont litigieuses avec un indu global de **10.619,58 €**

L'indu pour ce sous-grief est donc de :

<b>11.700,83 € + 10.619,58 € = 22.320,41 €</b>
--

#### **1.1.4 Troisième sous grief**

Concerne la prestation **255835-255846** correspondant à une **intervention chirurgicale pour synéchie nasale**, reprise à l'article 14 i) de l'A.R. du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance et indemnités.

##### **1.1.4.1 Fondements du grief**

Les éléments de l'enquête ayant contribué à établir ce grief sont :

- l'analyse des profils du docteur A., reprenant tous les remboursements par l'ensemble des organismes assureurs (OA) ;
- l'analyse des données informatisées transmises et authentifiées par les différents OA conformément au prescrit de l'article 138 de la LC ;
- les auditions du Dr A. en dates du 26/02/2016 et du 11/03/2016

##### **1.1.4.2 Prestations retenues**

Concernant la période du 01/08/2014 au 31/07/2015 (date de prestation), le Dr A. a porté en compte ou permis que soient portées en compte aux organismes assureurs 1.866 prestations **255835/255846 (intervention chirurgicale pour synéchie nasale)** pour un montant de 60.687,87€ :

- 1.702 prestations attestées par le Dr A., lui-même
- 164 prestations attestées dans le cadre du CH I

Ont été retenues à grief les prestations :

- attestées hors contexte opératoire ;
- attestées de façon concomitante à l'intervention ;
- surnuméraires par rapport aux trois attestables en post-opératoire comme en convient le Dr A.

En date du 11/03/2016, le Dr A. déclare :

*« Synéchies nasales : en post-opératoire de sinus ou de cloison, 3 séances me semblent justifiées. Pour toutes les autres, c'est une assimilation à une aspiration de sécrétions visqueuses. »*

Ainsi, le Dr A. reconnaît que, dans un certain nombre de cas, il a assimilé une aspiration de sécrétions visqueuses du nez aux codes 255835/255846 correspondant à une intervention chirurgicale pour synéchies nasales mais il estime que l'attestation de ces codes était justifiée en moyenne pendant 3 séances en post-opératoire d'une intervention de sinus ou de cloison (Cf pièces 192 et 259).

En conséquence, concernant la période du 01/08/2014 au 31/07/2015 (dates de prestation) et tenant compte des arguments avancés par le Dr A. (post-opératoire d'une chirurgie de sinus ou de cloison), un décompte a été réalisé et l'infraction est constatée pour 1457 prestations (périodes correspondantes d'introduction aux OA : du 01/09/2014 au 30/09/2015).

Pour le décompte, le service a pris en considération la date et la nature de l'intervention ainsi que les dates des 3 premières interventions pour synéchies réalisées en post-opératoires d'une chirurgie de sinus, de cloison ou d'une rhinoseptoplastie.

	Dr A.		...	
	Prest. attestées	Prest. attestables	Prest. attestées	Prest. attestables
<b>Nombre</b>	1.702	394	164	16
<b>Montants</b>	56.778,68	13.375,39	3.909,19	543,43
<b>indu</b>	56.778,68 - 13.375,39 = 43.403,29		3.909,19 - 543,43 = 3.365,76	
<b>Indu total</b>	43.403,29+ 3.365,76 = <b>46.769,05 €</b>			

L'indu pour ce sous-grief est donc de :

<b>46.769,05 €</b>
--------------------

### 1.1.5 Récapitulatif de l'indu du grief n°1

CODES PRESTATIONS	NOMBRE DE PRESTATIONS LITIGIEUSES	MONTANTS INDUS
255216 - 255220	1.040	27.208,32
255813 - 255824	1.006	22.320,41
255835-255846	1.457	46.769,05
<b>TOTAUX</b>	<b>3.503</b>	<b>96.297,78 €</b>

...

## 1.2 Grief 2

**Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer des documents réglementaires visés dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, dans ses arrêtés et règlements d'exécution, dans les conventions et accords conclus en vertu de cette même loi, permettant le remboursement des prestations de santé, lorsque les prestations n'ont pas été effectuées car portées en compte en double par erreur, s'agissant des prestations :**

- 255054 (audiométrie avec tests complémentaires)
- 255813 (extraction corps étranger du nez)
- 257736 (impédance métrie)
- 257935 (et.rhino.permeab.nez)
- 258274 (stroboscopie.cordes.vocales)
- 258510 (endoscopie sinus)
- 258812 (tymanoscopie )

**Infraction visée à l'article 73bis 1 °de la loi ASSI coordonnée le 14 juillet 1994.**

En l'espèce il s'agit du cas d'un bénéficiaire pour lequel il est reproché au Dr A. d'avoir porté en compte ces prestations reprises à l'article 14i de l'A.R. du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance et indemnités, non effectuées car portées en compte deux fois sur la même journée, alors qu'elles n'ont été réalisées qu'une seule fois.

### 1.2.1 Base réglementaire

**NPS, article 14 i) les prestations relevant de la spécialité en oto-rhino-laryngologie (DL) :**

255054	255065	Audiométrie tonale ou vocale avec un ou plusieurs tests complémentaires : - test supraliminaire - étude des acouphènes en intensité et en fréquence - test d'orientation ou de latéralisation et réalisée en chambre insonore	K	26
255813	255824	Extraction de corps étrangers du nez	K	20
257736	257740	Impédance-métrie du tympan, de l'oreille moyenne et de la chaîne ossiculaire, avec protocole et tympanogramme, y compris le réflexe stapédien éventuel	K	12
257935	257946	Etude rhinomanométrique de la perméabilité des deux fosses nasales avec mesure des débits et des pressions suivie d'un ou plusieurs tests de provocation nasale par aérosols avec graphique et protocole	K	30
258274	258285	Examen stroboscopique des cordes vocales à l'aide d'un système optique rigide ou par fibroscopie avec ou sans enregistrement des mouvements avec caméra et magnétoscope "A.R. 2.9.1992" (en vigueur 1.11.1992)	K	40 "
258510	258521	** Endoscopie d'un ou plusieurs sinus, avec ou sans prélèvement biopsique, avec ou sans manométrie	K	60
258812	258823	Tymanoscopie uni- ou bilatérale au moyen d'un microscope binoculaire stéréoscopique à agrandissement multiple d'au moins 10 fois	K	6,75

### 1.2.2 Fondements du grief

Les éléments de l'enquête ayant contribué à établir ce grief sont :

- l'analyse des données informatisées transmises et authentifiées par les différents OA conformément au prescrit de l'article 138 de la LC ;
- les déclarations du Docteur A.

...

### 1.2.3 **Prestations retenues**

Les prestations litigieuses concernent un assuré D. (NN : ...). Elles sont reprises dans la note de synthèse (cf p.17).

Concernant l'assuré D., pour la journée du 10/03/2015, le Dr A. a porté en compte deux fois les mêmes prestations à l'ASSI pour un montant de 236,59 €, date d'introduction à l'OA : 08/06/2015.

LIBELLÉ	CODE	MONTANT
AUDIO AVEC TESTS COM	255054	27,55
IMPEDANCE METR	257736	12,72
ET.RHINO.PERMEAB.NEZ	257935	31,79
STROB.CORD.VOC	258274	56,09
ENDOSCOPIE SINUS	258510	75,46
TYMPANOSCOPIE UNI OU	258812	8,05
EXT CORPS E NEZ	255813	24,93
<b>TOTAL</b>		<b>236,59</b>

L'indu pour ce grief est de 236,59 €.

### 1.3 **Grief 3**

**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, dans ses arrêtés et règlement d'exécution, dans les conventions et accords conclus en vertu de cette même loi, permettant le remboursement des prestations de santé, lorsque ces prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans la présente loi s'agissant de la prestation 255054 - 255065 (audiométrie tonale ou vocale avec un ou plusieurs tests complémentaires) non conforme dans la mesure où les exigences du libellé NPS ne sont pas respectées (absence de test complémentaire).**

**Infraction visée à l'article 73 bis 2° de la loi ASSI coordonnée le 14 juillet 1994.**

En l'espèce, il est reproché au Dr A. d'avoir porté en compte ou permis que soient portées en compte les prestations 255054 et 255065, reprises à l'article 14i de l'A.R. du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance et indemnités, prestations non remboursables en ce sens qu'elles ne répondent pas au libellé desdites prestations.

Le code 255054 - 255065 correspond à une audiométrie tonale ou vocale avec un ou plusieurs tests complémentaires :

- test supraliminaire
- étude des acouphènes en intensité et en fréquence
- test d'orientation ou de latéralisation et réalisée en chambre insonore

Ce code a été attesté sans qu'aucun test complémentaire à l'audiométrie n'ait jamais été réalisé pour aucun patient.

#### 1.3.1 **Base réglementaire du grief**

**NPS, article 14 i) les prestations relevant de la spécialité en oto-rhino-laryngologie (DL) :**

255054	255065	Audiométrie tonale ou vocale avec un ou plusieurs tests complémentaires : - test supraliminaire - étude des acouphènes en intensité et en fréquence - test d'orientation ou de latéralisation et réalisée en chambre insonore	K	26
255010	255021	Audiométrie tonale ou vocale réalisée en chambre insonore	K	22

...

### 1.3.2 Fondements du grief

Les éléments de l'enquête ayant contribué à établir ce grief sont :

- l'analyse des profils du Docteur A., reprenant tous les remboursements par l'ensemble des organismes assureurs ;
- l'analyse des données informatisées transmises et authentifiées par les différents OA conformément au prescrit de l'article 138 de la LC ;
- les déclarations du Docteur A. lors de ses auditions du 26/02/2016 et du 11/03/2016

### 1.3.3 Prestations retenues

Concernant la période du 01/08/2014 au 31/07/2015 (dates de prestation) le Docteur A. a porté en compte ou permis que soient portés en compte aux OA 3.143 prestations 255054 et 255065 pour un montant de 90.145,63 € :

- 2.399 prestations attestées par le Dr A., lui-même
- 744 prestations attestées dans le cadre du CH I.

En date du 11/03/2016, le Dr A. déclare :

« *Audiométrie : je vous dis, que pour tous les patients, ambulatoires ou hospitalisés, je n'ai jamais réalisé de tests complémentaires et, dès lors, les codes 255054 et 255065 ne pouvaient être attestés. J'aurais dû attester 255010 et 255021.* »

Le Dr A. reconnaît donc qu'aucun test complémentaire à l'audiométrie n'a jamais été réalisé pour les patients chez qui il a porté en compte le code **255054 - 255065** et qu'il aurait donc dû porter en compte le code **255010 - 255021** qui correspond à une audiométrie tonale ou vocale réalisée en chambre insonorisée, ce qui correspond aux prestations qu'il a réellement effectuées (Cf pièces 190, 258, 259 et 299).

En conséquence, concernant la période du 01/08/2014 au 31/07/2015 (dates de prestation), l'infraction est constatée pour 3.143 prestations (période d'introduction aux OA : du 01/09/2014 au 02/10/2015).

#### Prestations attestées par le Dr A.

	PRESTATIONS ATTESTÉES CODES 255054 - 255065		PRESTATIONS ATTESTABLES 255010 - 255021		DIFFÉRENTIEL
	nombre	totaux	nombre	totaux	
	2 x 26,78*	53,56	1917 x 23,32	44.704,44	8.107,37 €
	1.915 x 27,55	52.758,25			
	482 x 32,41€	15.621,62	482 x 27,43	13.221,26	2.400,36 €
TOTAUX	2.399	68.433,43 €	2.399	57.925,70 €	10.507,73 €

\*valeurs figurant dans les données authentifiées

#### Prestations attestées dans le cadre du CH I.

	PRESTATIONS ATTESTÉES CODES 255054 - 255065		PRESTATIONS ATTESTABLES 255010 - 255021		DIFFÉRENTIEL
	nombre	montants	nombre	Montant	
	494 x 27,55	13.609,70	494 x 23,32	11.520,08	2.089,62 €
	250 x 32,41	8.102,50	250 x 27,43	6.857,50	1.245,00 €
TOTAUX	744	21.712,20	744	18.377,58	3.334,62 €

Pour ce grief, le montant global de l'indu différentiel est donc de :

...

10.507,73 + 3.334,62= 13.842,35 €
-----------------------------------

#### 1.4 **Grief 4**

**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, dans ses arrêtés et règlements d'exécution, dans les conventions et accords conclus en vertu de cette même loi, permettant le remboursement des prestations de santé lorsque ces prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans la présente loi s'agissant de la prestation 257795 - 257806 (potentiels évoqués cérébraux) non conforme dans la mesure où les exigences du libellé NPS (extraits de tracés aux dossiers) ne sont pas respectées.**

**Infraction visée à l'article 73 bis 2° de la loi ASSI coordonnée le 14 juillet 1994.**

En l'espèce, il est reproché au Dr A. d'avoir porté en compte les prestations 257795 et 257806, reprises à l'article 14i de l'A.R. du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance et indemnités, prestations non remboursables en ce sens qu'elles ne répondent pas au libellé desdites prestations, ceci ayant entraîné des débours indus.

Le code **257795 - 257806** correspond à la réalisation de potentiels cérébraux évoqués par stimulation auditive et/ou examen électrocochléographique, avec protocole et extraits des tracés.

Ce code a été attesté sans qu'aucun tracé ne soit présent dans les dossiers correspondants.

#### 1.4.1 **Base réglementaire du grief**

##### 1.4.1.1 **NPS, Art. 14 i) les prestations relevant de la spécialité en oto-rhino-laryngologie (DL) :**

2952	257795	257806	Potentiels cérébraux évoqués par stimulation auditive et/ou examen électrocochléographique, avec protocole et extraits des tracés	K	75
------	--------	--------	---	---	----

##### 1.4.1.2 **Jurisprudence**

Chambre de Recours, 6/08/2016, FB-001-14 (p. 6-7) :

1. « Le 3<sup>ème</sup> grief concerne des prestations d'électrocardiographie... (...) »

*La conservation des protocoles permet de vérifier la réalité de l'examen ainsi que la réalisation de celui-ci.*

*Il résulte clairement de ces considérations, et notamment du libellé même de la prestation en cause que pour donner lieu au remboursement, la prestation doit comporter un protocole et que celui-ci doit être conservé pendant 2 ans. En l'absence de protocole, la prestation n'est pas remboursable, celle-ci n'étant pas conforme.*

*Il appartient en effet aux parties appelantes d'établir que les prestations attestées ont bien été réalisées conformément à la législation et que les protocoles ont été établis.*

2. *Les parties appelantes font valoir que les tracés de ces examens étaient stockés sur le disque dur de son ancien ordinateur qu'il ne possède plus et que ces tracés n'étaient pas tous imprimés. En outre, cet ordinateur a fait l'objet de deux bugs informatique, en juin et septembre 2010, bugs qui ont entraîné la perte des données échographiques. Elles précisent que les examens ont bien été réalisés.*

*Les bugs informatiques ne peuvent constituer un cas de force majeure en l'espèce. En effet, il appartient aux parties appelantes, qui doivent établir la réalisation des protocoles, de s'assurer de la conservation de ceux-ci. Les parties appelantes devaient savoir que les bugs informatiques ne sont pas rares et que c'est pour cette raison du reste qu'il est vivement conseillé à tous les utilisateurs*

*d'ordinateurs d'effectuer régulièrement copies et sauvegardes des documents enregistrés par les ordinateurs. (...) »*

#### **1.4.2 Fondements du grief**

Les éléments de l'enquête ayant contribué à établir ce grief sont :

- l'analyse des profils du Docteur A., reprenant tous les remboursements par l'ensemble des organismes assureurs ;
- l'analyse des données informatisées transmises et authentifiées par les différents OA conformément au prescrit de l'article 138 de la LC ;
- les déclarations du Docteur A. lors de ses auditions du 26/02/2016 et du 11/03/2016

#### **1.4.3 Prestations retenues**

Concernant la période du 01/08/2014 au 31/07/2015 (dates de prestation) le Dr A. a porté en compte ou permis que soient portées en compte aux OA 524 prestations 257795 et 257806 pour un montant de 45.469,92 € (cf pour les détails la note de synthèse, p.21) :

- 491 prestations attestées par le Dr A., lui-même ;
- 33 prestations attestées dans le cadre du CHI.

En date du 11/03/2016, le Dr A. déclare (Cf pièce 255):

*« Potentiels cérébraux : probablement pour acouphènes, c'est ce que je fais en général, mais je n'ai pas écrit pourquoi je l'ai fait dans ce cas précis.*

*C'est un appareil que je peux transporter, qui est actuellement à ....*

*Je n'ai pas de graphique parce que j'ai eu un problème informatique : j'ai perdu mes données, pendant les vacances de carnaval, et la firme n'a pas pu récupérer les données.*

*J'ai perdu toutes les données depuis que je les enregistre.*

*Vous me demandez si j'ai un courrier qui le précise. Je m'engage à demander à ma firme (...) de m'adresser une lettre pour signaler leur passage en date du X avec le motif de leur intervention et les pertes de données. Je vais demander que ce courrier vous soit envoyé directement. »*

En date du 17 mars 2016, le Dr A. a envoyé en annexe d'un mail le courrier de la firme ... concernant « l'incident » informatique dont il a expliqué, en audition du 11/03/2016, avoir été victime (cf note de synthèse, p.22).

Le Service tient compte de ce document (Cf pièces 408 et 409) mais se réfère à la jurisprudence de la Chambre de Recours (CR 06/08/2015, FB-001-14, cf ci-dessus) qui s'est prononcée concernant l'invocation d'un « bug » informatique pour justifier l'absence de documents requis par le libellé d'une prestation.

En conséquence, concernant la période du 01/08/2014 au 31/07/2015 (dates de prestation), l'infraction est constatée pour 524 prestations (période d'introduction aux OA : du 01/09/2014 au 24/09/2015 ).

	NOMBRES DE PRESTATIONS	MONTANTS	INDUS
A. D.	384 x 84,82 107 x 93,50	32.570,88 10.004,50	491 prestations / 42.575,38
...	22 x 84,82 11 x 93,50	1.866,04 1.028,50	33 prestations / 2.894,54
<b>TOTAUX</b>	<b>524</b>		<b>45.469,92€</b>

L'indu pour ce grief est donc de :

45.469,92 €.
--------------

## 1.5 Grief 5

**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, dans ses arrêtés et règlements d'exécution et dans les conventions et accords conclus en vertu de cette même loi, permettant le remboursement des prestations de santé, lorsque ces prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans la présente loi s'agissant de la prestation 257736 - 257740 (impédance-métrie) non conforme dans la mesure où les exigences du libellé NPS (présence de tympanogramme au dossier) ne sont pas respectées.**

**Infraction visée à l'article 73 bis 2° de la loi ASSI coordonnée le 14 juillet 1994.**

En l'espèce, il est reproché au Dr A. d'avoir porté en compte ou permis de porter en compte les prestations **257736 - 257740**, reprises à l'article 14i de l'A.R. du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance et indemnités, prestations non remboursables en ce sens qu'elles ne répondent pas au libellé desdites prestations.

Les codes 257736 et 257740 correspondent à la réalisation d'une impédance-métrie du tympan, de l'oreille moyenne et de la chaîne ossiculaire, avec protocole et tympanogramme, y compris le réflexe stapédien éventuel.

Ces prestations ont été attestées alors qu'aucun tympanogramme n'est présent dans les dossiers.

### 1.5.1 Base réglementaire du grief

**NPS, art. 14 i) les prestations relevant de la spécialité en oto-rhino-laryngologie (DL) :**

2822	257736	257740	Impédance-métrie du tympan, de l'oreille moyenne et de la chaîne ossiculaire, avec protocole et tympanogramme, y compris le réflexe stapédien éventuel	K	12
------	--------	--------	--	---	----

### 1.5.2 Fondements du grief

Les éléments de l'enquête ayant contribué à établir ce grief sont :

- l'analyse des profils du Docteur A., reprenant tous les remboursements par l'ensemble des OA ;
- l'analyse des données informatisées transmises et authentifiées par les différents organismes assureurs conformément au prescrit de l'article 138 de la LC ;
- les déclarations du Docteur A. lors de ses auditions du 26/02/2016 et du 11/03/2016

### 1.5.3 Prestations retenues

Concernant la période du 01/08/2014 au 31/07/2015 (dates de prestation) le Dr A. a porté en compte aux organismes assureurs 2.408 prestations 257736 et 257740 pour un montant de 31.722,16 € (cf note de synthèse, p.23).

En date du 11/03/2016, le Dr A. déclare (Cf pièces 253 et 260) :

« Impédancemétrie : normale. Il n'y a pas de papier dans l'appareil comme dit lors du PVA du 26/02/2016 : je regarde la courbe sur l'appareil mais je n'imprime pour aucun des cas sur l'appareil malgré que l'appareil portable présente un dispositif pour mettre du papier. Je dispose d'un autre appareil à la Clinique de ... et d'un troisième à l'hôpital de .... Il n'y a qu'à l'hôpital de ... où l'on garde les graphiques qui sont archivés par le secrétariat. (...)

#### Impédancemétrie

Les protocoles sont dans le dossier informatique mais je n'ai pas de graphique et ce pour aucun de mes patients. (...)

En conséquence, concernant la période du 01/08/2014 au 31/07/2015 (dates de prestation), l'infraction est constatée pour 2.408 prestations (période d'introduction aux OA : du 08/09/2014 au 30/09/2015).

NOMBRE DE PRESTATIONS	MONTANTS
12,36* x 2	24,72
12,72 x 1.918	24.396,96
14,96 x 488	7.300,48
2.408	31.722,16
* valeurs figurant dans les données authentifiées	

L'indu pour ce grief est total et se monte donc à

<b>31.722,16 €.</b>
---------------------

### 1.6 Grief 6

**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 s'agissant des prestations 257924, 257935, 258694 et 258705 (rhinomanométrie et rhinométrie) non conformes dans la mesure où les exigences du libellé NPS (mesure des débits et des pressions avec graphique et protocole, courbe, protocole et mesure de la surface de la section minimale de la fosse nasale présents dans le dossier) ne sont pas respectées.**

**Infraction visée à l'article 73 bis 2° de la loi ASSI coordonnée le 14 juillet 1994.**

En l'espèce, il est reproché au Dr A. d'avoir porté en compte ou permis de porter en compte les prestations **257924, 257935, 258694 et 258705** correspondant à la réalisation d'une rhinomanométrie ou d'une rhinométrie alors que les dossiers ne contiennent aucune mesure des débits et des pressions, ni aucune courbe ni mesure de la surface de section minimale de la fosse nasale et qu'aucun test de provocation n'a été réalisé.

#### 1.6.1 Base réglementaire du grief

**NPS, Art. 14 i) les prestations relevant de la spécialité en oto-rhino-laryngologie (DL) :**

2918	257913	257924	Etude rhinomanométrique de la perméabilité des deux fosses nasales avec mesure des débits et des pressions avec graphique et protocole	K	20
2921	257935	257946	Etude rhinomanométrique de la perméabilité des deux fosses nasales avec mesure des débits et des pressions suivie d'un ou plusieurs tests de provocation nasale par aérosols avec graphique et protocole	K	30
	258694	258705	Rhinométrie acoustique avec courbe et protocole et mesure de la surface de la section minimale de la fosse nasale (MCA, minimal cross sectional area) et du volume nasal en vue d'une intervention chirurgicale ou pour évaluer les résultats d'une intervention chirurgicale	K	30

...

### 1.6.2 Fondements du grief

Les éléments de l'enquête ayant contribué à établir ce grief sont :

- l'analyse des profils du Docteur A., reprenant tous les remboursements par l'ensemble des organismes assureurs ;
- l'analyse des données informatisées transmises et authentifiées par les différents OA conformément au prescrit de l'article 138 de la LC ;
- les déclarations du Docteur A. lors de ses auditions du 26/02/2016 et du 11/03/2016.

### 1.6.3 Prestations retenues

Concernant la période du 01/08/2014 au 31/07/2015 (dates de prestation), le Dr A. a porté en compte aux OA 2.130 prestations 257924, 257935, 258694 et 258705 pour un montant de 70.121,01 € (cf note de synthèse, p.25).

En date du 11/03/2016, le Dr A. déclare (Cf pièces 252 et 253):

« Vous me demandez de voir le dossier de E. né le .... (...) »

*Étude Rhinométrie : normale, code 257935 qui demande une provocation qui n'a pas été faite. Je n'ai pas le graphique ni les mesures de débit et de pression comme demandé dans la nomenclature. Le système d'impression est en panne et ne fonctionne plus depuis longtemps, depuis 2010, au moins.*

*À l'hôpital de ..., par contre, les graphiques et mesures de débit sont imprimés.*

*Je ne fais pas tout ça parce que je suis seul et par facilité.*

*À l'hôpital de ... et à ma consultation de ..., il n'y a pas de tracé non plus puisque j'utilise le même appareil qu'ici. (...) »*

En conséquence, concernant la période du 01/08/2014 au 31/07/2015 (dates de prestation), l'infraction est constatée pour 2.130 prestations (période d'introduction aux OA : du 01/09/2014 au 24/09/2015 ).

CODES	NOMBRE DE PRESTATIONS	MONTANTS
257924	1 x 24,93	24,93
	2 x 30,89*	61,78
257935	1.697 x 31,79	53.947,63
	429 x 37,40	16.044,60
258705	1 x 42,07	42,07
<b>TOTAUX</b>	<b>2.130</b>	<b>70.121,01</b>

\*valeur figurant dans les données authentifiées

L'indu pour ce grief est total et se monte donc à

<b>70.121,01 €</b>
--------------------

### 1.7 Grief 7

**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, s'agissant de la prestation 258510 - 258521 (endoscopie d'un ou plusieurs sinus) non conforme dans**

la mesure où l'endoscopie se résume à la seule visualisation du ou des méats sinusaux.

**Infraction visée à l'article 73 bis 2° de la loi ASSI coordonnée le 14 juillet 1994.**

En l'espèce, il est reproché au Dr A. d'avoir porté en compte ou permis de porter en compte les prestations **258510 et 258521**, reprises à l'article 14i de l'A.R. du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance et indemnités, prestations non remboursables en ce sens qu'elles ne répondent pas au libellé desdites prestations.

Les codes 258510 et 258521 correspondent à la réalisation d'une endoscopie d'un ou plusieurs sinus, avec ou sans prélèvement biopsique, avec ou sans manométrie.

Ces codes ont été attestés alors qu'il n'y a eu que visualisation du ou des méats sinusaux.

### 1.7.1 **Base réglementaire du grief**

**NPS, Art. 14 i), les prestations relevant de la spécialité en oto-rhino-laryngologie (DL) :**

258510 258521	** Endoscopie d'un ou plusieurs sinus, avec ou sans prélèvement biopsique, avec ou sans manométrie	K 60
258834 258845	Endoscopie nasale avec ou sans biopsie à l'aide d'une optique droite ou angulaire ou d'un fibroscope explorant le cavum, les méats, les cornets et des voies de drainage des sinus maxillaires frontaux, ethmoïdaux, sphénoïdaux, y compris l'anesthésie locale éventuelle	K 20

### 1.7.2 **Fondement du grief**

Les éléments de l'enquête ayant contribué à établir ce grief sont :

- l'analyse des profils du Docteur A., reprenant tous les remboursements par l'ensemble des organismes assureurs ;
- l'analyse des données informatisées transmises et authentifiées par les différents OA conformément au prescrit de l'article 138 de la LC ;
- les déclarations du Docteur A. lors de ses auditions du 26/02/2016 et du 11/03/2016

### 1.7.3 **Prestations retenues**

Concernant la période du 01/08/2014 au 31/07/2015 (dates de prestation), le Dr A. a porté en compte ou permis que soient portées en compte aux OA 2.937 prestations 258510 et 258521 pour un montant de 229.449,99 € .

En date du 11/03/2016, le Dr A. déclare (Cf pièce 261) :

*« Endoscopie de sinus : j'estime, après réflexion, que 50% sont des endoscopie nasales et non sinusales, dans la mesure où, je pensais, de bonne foi, qu'il suffisait de voir le méat sinusal pour considérer que le geste pratiqué était bien une endoscopie de sinus. »*

Le Dr A. reconnaît que, dans 50% des prestations d'endoscopie de sinus attestées, il n'a pu que visualiser le ou les méats sinusaux sans pénétrer dans les sinus et qu'au lieu de porter en compte une endoscopie de sinus, il aurait dû attester une endoscopie nasale (258834 – 258845).

Par conséquent, concernant la période du 01/08/2014 au 31/07/2015 (dates de prestation), l'infraction est constatée pour 1468 (996+472) prestations 258510-258521 (période correspondante d'introduction aux OA : du 01/09/2014 au 30/09/2015).

A. D.

...

	Prestations attestées 258510-258521	50 % des prestations étaient attestables comme endoscopie nasale 258834-258845	Indu différentiel
	1 x 37,73*	1 x 28,05	9,68
	1 x 73,08*	1 x 73,08	
<b>1994 prestations</b>	1.576 x 75,46 = 118.924,96	788 x 75,46 = 59.462,48 <b>788 x 23,85 = 18.793,80</b> Total 78.256,28	118.924,96 – 78.256,28 = 40.668,68
	414 x 84,14 = 34.833,96	207 x 84,14 = 17.416,98 <b>207 x 28,05 = 5.806,35</b> Total 23.223,33	34.833,96 – 23.223,33 = 11.610,63
<b>TOTAUX</b>	<b>153.869,73 €</b>	<b>101.580,74 €</b>	<b>52.288,99 €</b>
* valeur figurant dans les données authentifiées			

...

	Prestations attestées 258510-258521	50 % des prestations étaient attestables comme endoscopie nasale 258834-258845	Indu différentiel
	453 x 75,46 = 34.183,38	227 x 75,46 = 17.129,42 226 x 23,85 = 5.390,10 Total 22.519,52	34.183,38 – 22.519,52 = 11.663,86
<b>946 prestations</b>	493 x 84,14 = 41.481,02	247 x 84,14 = 20.782,58 246 x 28,05 = 6.900,30 Total 27.682,88	41.481,02 - 27.682,88 = 13.798,14
<b>TOTAUX</b>	<b>75.664,40 €</b>	<b>50.202,40 €</b>	<b>25.462 €</b>

L'indu total pour ce grief est donc de

<b>52.288,99 + 25.462 = 77.750,99 €</b>
---

## 1.8 **Grief 8**

**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, s'agissant des prestations :**

- 144616/144620 : galvanocautérisation nasale
- 144653/144664 : tamponnement nasal postérieur
- 255846/255835 : intervention chirurgicale pour synéchie nasale

**non attestables en cumul avec les prestations 254833/254844 et 254855/254866  
Infraction visée à l'article 73 bis 2° de la loi ASSI coordonnée le 14 juillet 1994.**

En l'espèce, il est reproché au Dr A. d'avoir porté en compte ou d'avoir permis que soient portées en compte à l'assurance obligatoire soins de santé, en son nom, par le CHI., au

...

moyen de factures récapitulatives signées par le Docteur C. en tant que directeur médical, par le biais de documents ayant valeur de documents internes les prestations :

- **144616 - 144620** correspondants à la réalisation d'une galvanocautérisation nasale
- **144653 - 144664** correspondants à la réalisation d'un tamponnement nasal postérieur
- **255835 - 255846** correspondants à une intervention pour synéchies nasales

qui ont été attestées en même temps qu'une chirurgie de sinus – **codes : 254855 - 254866.**

Ces prestations sont reprises à l'article 3 et à l'article 14i de l'A.R. du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance et indemnités, elles sont non remboursables en ce sens qu'elles ne répondent pas au libellé desdites prestations, ceci ayant entraîné des débours indus.

### 1.8.1 Base réglementaire du grief

#### NPS, article 3 prestations techniques médicales

0322	144616 144620	* Galvano-cautérisation nasale	K	4
0324	144653 144664	* Tamponnement nasal postérieur	K	24

#### NPS, Article 14 i) les prestations relevant de la spécialité en oto-rhino-laryngologie (DL) :

254833	254844	Traitement chirurgical complet unilatéral de la pathologie inflammatoire de deux sinus	K	250
254855	254866	Traitement chirurgical complet unilatéral de la pathologie inflammatoire de trois ou quatre sinus	K	300

Le traitement chirurgical complet requiert simultanément les trois éléments suivants :

- l'ouverture du champ opératoire par une incision particulière, par voie externe ou endoscopique;
- l'exploration complète du champ opératoire;
- l'exécution de toutes les manœuvres pour atteindre un résultat anatomique et fonctionnel optimal.

Les prestations 254752-254763, 254774-254785, 254796-254800, 254811-254822, 254833-254844 et 254855-254866 ne peuvent pas être cumulées avec la prestation 258510-258521

2820	255835 255846	Intervention chirurgicale pour synéchie nasale	K	25
------	---------------	--	---	----

### 1.8.2 Fondements du grief

- l'analyse des données informatisées transmises et authentifiées par les différents OA conformément au prescrit de l'article 138 de la LC ;
- les déclarations du Docteur A. lors de ses auditions du 26/02/2016 et du 11/03/2016

### 1.8.3 Prestations retenues

Concernant la période du 01/08/2014 au 31/07/2015 (dates de prestation), le Dr A. a permis que soient portées en compte aux OA 227 prestations **144616/144620 (galvacautérisation nasale)** , **144653/144664 (tamponnement nasal postérieur)** pour un montant de 1.972,97 € et 75 prestations **255835/255846 (intervention chirurgicale pour synéchie nasale)**, retenues à titre subsidiaire (déjà retenue au grief 1 sous grief 3) et correspondant à un montant de 1.314,75 € (cf pour le détail la note de synthèse, p.31).

	Nombre de prest. retenues à titre principal	Nombre prest. retenues à titre subsidiaire
...	74	36
Hors ...	78	39
<b>totaux</b>	<b>152</b>	<b>75</b>

Le Dr A. a successivement déclaré :

...

- Audition du 26/02/2016 (Cf pièce 192)

« Vous me parlez de galvano-cautérisation nasale : je ne savais pas que c'était compris dans la chirurgie des sinus comme vous me le dites. Je m'engage à lire complètement la nomenclature ORL. »

- Audition du 11/03/2016 (Cf pièce 254)

« Vous me demandez de voir le dossier de E. né le ... »

Revu pour opération le 23/02/2015, je vous remets un copié/collé du protocole de l'intervention : deux fois 3 ou 4 sinus associés à galvanocautérisation, tamponnement nasal post. et synéchies nasales dont je sais maintenant qu'ils ne peuvent être associés.

Vous m'expliquez que les galvanocautérisations, les tamponnements nasaux postérieurs ne peuvent pas être portés en compte simultanément avec la chirurgie de sinus parce que dans le geste chirurgical de traitement des sinus tout est normalement inclus. »

La nomenclature prévoit que le traitement chirurgical complet de la pathologie inflammatoire des sinus requiert simultanément les trois éléments suivants :

- l'ouverture du champ opératoire par une incision particulière, par voie externe ou endoscopique;
- l'exploration complète du champ opératoire;
- l'exécution de toutes les manœuvres pour atteindre un résultat anatomique et fonctionnel optimal.

Dans la mesure où la galvanocautérisation nasale, le tamponnement nasal postérieur et l'intervention chirurgicale pour synéchie nasale font partie du traitement chirurgical complet, les codes correspondants ne peuvent être attestés en sus du code de traitement chirurgical des sinus.

En conséquence, concernant la période du 01/08/2014 au 31/7/2015 (dates de prestation) l'infraction est constatées pour 152 prestations à titre principal et 75 prestations à titre subsidiaire (période d'introduction aux OA : du 03/09/2014 au 07/08/2015).

### **Prestations retenues à titre principal**

#### **1. Prestations attestées dans le cadre du ...**

CODES	NOMBRE	MONTANTS	TOTAUX
144616	22 x 1,88 = 41,36	53,86	75,14
	5 x 2,50 = 12,50		
144620	6 x 1,88 = 11,28	21,28	
	4 x 2,50 = 10		
144653	22 x 22,47 = 494,34	644,14	898,80
	5 x 29,96 = 149,80		
144664	6 x 22,47 = 134,82	254,66	
	4 x 29,96 = 119,84		
INDU			973,94 €

#### **2. Prestations attestées en dehors du ...**

CODES	NOMBRE	MONTANTS	TOTAUX
144616	32 x 1,88 = 60,16	75,16	77,04
	6 x 2,50 = 15		
144620	1 x 1,88 = 1,88	1,88	
144653	32 x 22,47 = 719,04	898,80	921,27
	6 x 29,96 = 179,76		
144664	1 x 22,47	22,47	

...

INDU

998,31 €

**Prestations retenues à titre subsidiaire**

Ces prestations font parties des prestations « chirurgie pour synéchies nasales » retenues à titre principal dans le grief 1, sous-grief 3 lorsqu'elles étaient concomitante à une chirurgie de sinus, de cloisons ou une rhinoseptoplastie.

	CODE	NOMBRE	MONTANT	TOTAUX
	255835	26 x 17,53	455,78	
...	255846	10 x 17,53	175,30	631,08 €
Hors ...	255835	38 x 17,53	66,14	683,67 €
	255846	1 x 17,53	17,53	
<b>INDU résiduel</b>				<b>0 €</b>

Pour ce grief, le montant global de l'indu est donc de :

<b>998,31 + 973,94 = 1972,25 €</b>
------------------------------------

**1.9 Grief 9**

**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, s'agissant de la prestation 256513 - 256524 (adénoïdectomie chez l'enfant n'ayant pas atteint le jour anniversaire de ses dix-huit ans) non conforme dans la mesure où elles ont été portées en compte en même temps qu'une amygdalectomie.**

**Infraction visée à l'article 73 bis 2° de la loi ASSI coordonnée le 14 juillet 1994.**

En l'espèce, il s'agit de 9 assurés pour lesquels, les codes 256513/256524 correspondant à la réalisation d'une adénoïdectomie chez l'enfant de moins de 18 ans ont été attestés en même temps que les codes 257390 et 257401 correspondant à la réalisation d'une amygdalectomie à la dissection alors que ces codes ne peuvent être associés (règle interprétative 05).

**1.9.1 Base réglementaire du grief****NPS, article 14 i) les prestations relevant de la spécialité en oto-rhino-laryngologie (DL) :**

2969	256513 256524	Adénoïdectomie chez l'enfant n'ayant pas atteint le jour anniversaire de ses dix-huit ans	K 50
2977	257390 257401	Amygdalectomie à la dissection	K 100

**Règle interprétative 05****QUESTION**

Quel est le remboursement de l'assurance soins de santé pour l'amygdalectomie à la dissection plus ablation des végétations ?

**REPONSE**

L'amygdalectomie à la dissection plus ablation des végétations n'est pas prévue comme telle à la nomenclature.

Cette intervention doit être attestée sous le n° 257390 - 257401 Amygdalectomie à la dissection K 100, sans qu'il soit fait de distinction selon l'âge du patient.

Date du moniteur : 24/06/2003

Date de prise d'effet : 24/06/2003

Articles : 14i ;

...

Numéro de nomenclature : 257390 ; 257401 ;

### 1.9.2 **Fondements du grief**

Les éléments de l'enquête ayant contribué à établir ce grief sont :

- l'analyse des données informatisées transmises et authentifiées par les différents OA conformément au prescrit de l'article 138 de la LC ;
- les déclarations du Dr A. lors de ses auditions du 26/02/2016 et du 11/03/2016.

### 1.9.3 **Cas retenus**

#### 1.prestations attestées par le Dr A.

Les prestations litigieuses attestées par le Dr A. et retenues à grief sont détaillées dans la note de synthèse (p.34-35), soit toutes les prestations 256513 qui ont été attestées en même temps que la prestation 257390 (amygdalectomie).

Ce qui représente un indu de

$$5 \times 35,06 = 175,30 \text{ €}$$

#### 2. prestations attestées dans le cadre du CHI.

Les prestations litigieuses attestées dans le cadre du CHI. et retenues à grief sont détaillées dans la note de synthèse (p.35), soit toutes les prestations 256513 qui ont été attestées en même temps que la prestation 257390 (amygdalectomie).

Ce qui représente un indu de

$$4 \times 35,06 = 140,24 \text{ €}$$

En conséquence, sont retenues à grief 9 prestations 256513 qui ont été attestées entre le 03/10/2014 et le 14/07/2015 et introduites au remboursement auprès des OA entre le 31/12/2014 et le 31/08/2015.

L'indu total pour ce grief est donc de

<b>175,30 + 140,24 = 315,54 €</b>
-----------------------------------

### 1.10 **Grief 10**

**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, s'agissant de la prestation 258274 – 258285 (Examen stroboscopique des cordes vocales à l'aide d'un système optique rigide ou par fibroscopie avec ou sans enregistrement des mouvements avec caméra et magnétoscope) non conforme dans la mesure où cette prestation est réalisée dans la continuité d'une autre endoscopie.**

**Infraction visée à l'article 73 bis 2° de la loi ASSI coordonnée le 14 juillet 1994.**

En l'espèce, il est reproché au Dr A. d'avoir porté en compte ou permis de porter en compte les prestations **258274 - 258285**, reprises à l'article 14i de l'A.R. du 14 septembre 1984

établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance et indemnités, prestations non remboursables en ce sens qu'elles ne répondent pas au libellé desdites prestations.

Les codes 258274 et 258285 correspondent à la réalisation d'un examen stroboscopique des cordes vocales à l'aide d'un système optique rigide ou par fibroscopie avec ou sans enregistrement des mouvements avec caméra et magnétoscope. Ils nécessitent donc l'usage d'un système optique rigide ou d'un fibroscope spécifique à la réalisation de cet examen ce qui n'a pas été le cas pour les prestations litigieuses.

### 1.10.1 **Base réglementaire du grief**

#### **NPS, article 14 i) les prestations relevant de la spécialité en oto-rhino-laryngologie (DL) :**

2852	257670 257681	Examen stroboscopique des vibrations des cordes vocales "A.R. 2.9.1992" (en vigueur 1.11.1992) + "A.R. 7.6.1995" (en vigueur 1.10.1995)	K	5
	258274 258285	Examen stroboscopique des cordes vocales à l'aide d'un système optique rigide ou par fibroscopie avec ou sans enregistrement des mouvements avec caméra et magnétoscope "A.R. 2.9.1992" (en vigueur 1.11.1992)	K	40 "

"La prestation n° 258274 - 258285 n'est pas cumulable avec la prestation n° 257670 - 257681.

### 1.10.2 **Fondements du grief**

Les éléments de l'enquête ayant contribué à établir ce grief sont :

- l'analyse des profils du Docteur A., reprenant tous les remboursements par l'ensemble des organismes assureurs ;
- l'analyse des données informatisées transmises et authentifiées par les différents OA conformément au prescrit de l'article 138 de la LC ;
- les déclarations du Docteur A. lors de ses auditions du 26/02/2016 et du 11/03/2016
- les documents recueillis lors de l'audition du médecin directeur du CHI. en date du 02/05/2016.

### 1.10.3 **Prestations retenues**

Concernant la période du 01/08/2014 au 31/07/2015 (dates de prestation) le Docteur A. a porté en compte ou permis que soient portées en compte aux OA 2.185 prestations 258274 et 258285 pour un montant de 122.779,43 € (cf pour le détail, la note de synthèse, p.38) :

- 2.133 prestations attestées par le Dr A. lui-même ;
- 52 prestations attestées dans le cadre du CHI.

Le libellé de la prestation (258274 – 258285 K40) exige que l'examen soit réalisé à l'aide d'un dispositif spécifiquement prévu. Lorsque la prestation est réalisée dans la continuité d'une autre endoscopie, d'autres codes sont prévus par la nomenclature : 257670 - 257681 K 5.

Or, il s'avère que le Dr A. profite de la réalisation d'une autre endoscopie (endoscopie de nez, de sinus ou de trachée) pour réaliser, dans la continuité de celle-ci une stroboscopie des cordes vocales.

En date du 26/02/2013, le Dr A. déclare (Cf pièces 185 et 192):

*« Je passe l'endoscope par le nez, je regarde les méats des sinus et quand je peux, j'entre dans le sinus. Ensuite, je continue vers le larynx et jusqu'aux cordes vocales que je regarde. Ensuite, je fais un examen stroboscopique (l'endoscope étant en place) de ces cordes vocales qui sont souvent enflammées en cas de reflux. (...)*

*Pour la stroboscopie, je ne savais pas qu'il y avait un code examen stroboscopique quand je réalisais une endoscopie nasale ou des sinus et que c'était cette même endoscopie qui continuait jusqu'au larynx et cordes vocales où je réalisais la vibration des cordes vocales.*

*Sur interpellation, je vous confirme qu'il est exceptionnel que je retire le 1er endoscope au niveau nasal pour réintroduire un endoscope plus petit pour aller jusqu'aux cordes vocales ».*

En date du 11/03/2016, le Dr A. déclare (Cf pièces 252, 253 et 261):

*« Vous me demandez de voir le dossier de E. né le ....*

*Vous me dites que j'ai tarifé une endoscopie de sinus. Je peux vous dire qu'elle était normale mais je ne me rappelle plus si je suis entré dans les orifices des sinus ou si j'ai simplement vu les méats.*

*Dans la continuité du même acte, j'ai réalisé un ex.stroboscopique, code : 258274, n'ayant que ce code dans mon logiciel OMNIPRO. J'aurais dû utiliser le code 257670 comme vous m'avez fait remarquer que je l'utilisais en milieu hospitalier (je ne m'étais pas rendu compte qu'il y avait des codes différents). (...)*

*Le 16/01/2015 je le revois... (...)*

*Stroboscopie C.V. : idem que 09/01/2015, réalisée dans la continuité de l'endoscopie des sinus.(...)*

*Stroboscopie des C.V. : Pour l'ensemble de mes patients, je l'ai faite dans le suivi d'une autre endoscopie, dans le même temps.*

*J'aurais dû, comme en milieu hospitalier, tarifer, au lieu du 258274/258285, le 257970/257681 comme cela est fait à l'hôpital (examen stroboscopique). Par ailleurs, je vous répète, que dans mon logiciel, ce code n'était pas repris et je pensais faire la même chose qu'à l'hôpital. (...)* »

L'analyse des profils montre que le Dr A. est le premier ORL, sur le plan national, en ce qui concerne l'attestation le codes 258274 avec 1.332 prestations pour le premier semestre 2015.

année	n°1	n°2	n°3	n°4	Dr A.
2012	1948	1152	756	710	1
2013	1846	998	970 (P)	924	970
2014	1547	1527 (P)	994	804	1527
2015/1 <sup>er</sup> sem.	1332 (P)	786	662	456	1332

Ainsi, pour la période concernée (1<sup>er</sup> août 2014 au 31 juillet 2015 ), il atteste ces codes alors qu'il a peu d'opération des cordes vocales, domaine dans lequel il n'est pas du tout spécialisé – il se décrit lui-même en audition comme un ORL généraliste.

Comparaison avec les autres ORL travaillant dans le cadre du CHI.

		2012	2013	2014	1 <sup>er</sup> sem.2015
A.	256670/681	0	0	38/1	265/4
	258274/285	1	970	1.527/8	1.332/18
F.	256670/681	0	1	0	0
	258274/285	0	0	44/7	35/9
G.	256670/681	0	0	0	0
	258274/285	0	0	5	2
H.	256670/681	0	1	0	0
	258274/285	0	0	0	0

Au niveau du CHI., une enquête interne a été mise sur pied vu les divergences importantes constatées entre les différents ORL travaillant dans l'institution, en particulier en ce qui concerne l'attestation des stroboscopies (Cf pièces 310 et 366).

Les informations recueillies lors de l'audition du Dr P.C. ont montré que le Dr A., au début de l'année 2016, a continué à porter en compte des examens stroboscopiques des cordes vocales alors que le stroboscope n'était plus fonctionnel (Cf pièce 310).

Répartition des codes en fonction de l'endroit de prestation :

	...	Dr A.
257670/257681	393	0
258274/258285	52	2.137

En conséquence, concernant la période du 01/08/2014 au 31/07/2015 (dates de prestation), l'infraction est constatée pour un total de 2.148 prestations soit, les prestations qui ont été attestées en même temps qu'une autre endoscopie (endoscopie de sinus, endoscopie nasale et trachéoscopie) c'est - à - dire : 2.096 prestations dans le cadre de la pratique privée et 52 prestations dans le cadre du CHI. (période correspondante d'introduction aux OA : 08/09/2014 au 24/09/2015).

### 1. Prestations attestées par le Dr A.

	<u>PREST. ATTESTÉES</u>	<u>PREST. ATTESTABLES</u>	INDU DIFFÉRENTIEL
	258274/258285	257670/257681	
	1 x 54,51* € = 54,51 €	1.669 x 5,30 = 8.845,70 €	
	2.095 x 56,09 € = 117.508,55 €	427 x 6,23 € = 2.660,21 €	
<b>TOTAUX</b>	117.563,06 €	11.505,91 €	106.057,15 €

\* valeur figurant dans les données authentifiées

### 2. Prestations attestées dans le cadre du CHI.

	<u>PREST. ATTESTÉES</u>	<u>PREST. ATTESTABLES</u>	INDU DIFFÉRENTIEL
	258274/258285	257670/257681	
		37 x 5,30 € = 196,10 €	
	52 x 56,09 €	15 x 6,23 € = 93,45 €	
<b>TOTAUX</b>	2.916,68 €	289,55 €	2.627,13 €

Soit un indu total pour ce grief de

<b>108.684,28 €</b>
---------------------

## 2 Tableau synoptique

GRIEF	PRESTATION	Dates prestation	Dates introduction	NOMBRE	INDU TOTAL	INDU PAR DIFFÉRENCE	INDU €
1 - NE	255216-255220	01/08/14 au 31/07/15	01/09/14 au 30/06/15	1.040	27.208,32		96.297,78
	255813-255824	01/08/14 au 31/07/15	01/09/14 au 30/06/15	1.006	22.320,41		

...

	255835-255846	01/08/14 au 31/07/15	01/09/14 au 30/09/15	1.457	46.769,05	
	255054			27,55		
	257736			12,72		
	257935			31,79		
<b>2 - NE</b>	258274	10/03/15	08/06/15	56,09	236,59	236,59
	258510			75,46		
	258812			8,05		
	255813			24,93		
<b>3 – NC audiométrie</b>	255054-255065	01/08/14 au 31/07/15	01/09/14 au 02/10/15	3.143		13.842,35 13.842,35
<b>4 – NC PEC</b>	257795-257806	01/08/14 au 31/07/15	01/09/14 au 24/09/15	524	45.469,92	45.469,92
<b>5 – NC Impédance- métrie</b>	257736-257740	01/08/14 au 31/07/15	08/09/14 au 30/09/15	2.408	31.722,16	31.722,16
<b>6 – NC Rhinométrie rhinomanométrie</b>	257924 257935 258705	01/08/14 au 31/07/15	01/09/14 au 24/09/15	2.130	70.121,01	70.121,01
<b>7 – NC Endoscopie sinus</b>	258510-258521	01/08/14 au 31/07/15	01/09/14 au 30/09/15	1.468		77.750,99 77.750,99
<b>8 – NC Cumul interdit</b>	144616-144620 144653-144664 (255846- 255835)	01/08/14 au 31/07/15	03/09/14 au 07/08/15	152	1.972,25	1.972,25
<b>9 – NC adénoïdectomie</b>	256513-256524	03/10/14 au 14/07/15	31/12/14 au 31/08/15	9	315,54	315,54
<b>10 – NC Stroboscopie CV</b>	258274-258285	01/08/14 au 31/07/15	08/09/14 au 24/09/15	2.148	108.684,28	108.684,28
<b>Total</b>						<b>446.412,87</b>

## **2. DISCUSSION**

### **2.1. Quant au bien fondé des griefs reprochés**

Il ressort du dossier que les éléments matériels et constitutifs de ce manquement sont réunis et prouvés au regard notamment de tous les éléments évoqués ci-dessus.

Dans le cadre de l'enquête, lors de son audition du 10/06/2016 au cours de laquelle le procès-verbal de constat lui a été notifié, le Dr A. :

- n'a pas contesté la manière de procéder du SECM pour calculer l'indu relatif aux griefs n°1 et 2 (prestations non effectuées) ;
- n'a pas contesté le principe du fondement des griefs 3 à 10, hormis la partie du grief 4 relative aux prestations reprochées et effectuées au sein du CHI. pour lesquelles le Dr A. soutient qu'un tracé existe (indu de 2.894,54 € pour 33 prestations). Toutefois, le Dr A. a réglé la totalité de l'indu relatif aux prestations non conformes qui lui étaient reprochées.

Le Dr A. n'a pas fait parvenir de moyens de défense et n'a donc pas contesté les griefs reprochés.

Au regard de l'ensemble de ces éléments, les dix griefs évoqués ci-dessus et reprochés au Dr A. sont donc bien établis.

## **2.2. Quant à l'indu**

Les dix 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 446.412,87 euros.

Il y a lieu d'ordonner que le Dr A. procède au remboursement de l'indu, en application de l'article 142, §1<sup>er</sup>, 1° et 2° de la loi ASSI, soit la somme de 446.412,87 euros.

La SPRL B. a perçu l'ensemble de ces remboursements.

Dès lors, en application de l'article 164, alinéa 2 de la loi ASSI, la SPRL B. doit être condamnée solidairement avec le Dr A. au remboursement de la valeur des prestations indues.

Le 10/06/2016, deux formulaires d'invitation au remboursement volontaire correspondant respectivement aux procès-verbaux de constat remis au Dr A. et à la SPRL B. ont été remis en mains propres aux concernés et signés par le Dr A..

Le Fonctionnaire-dirigeant du SECM constate que le Dr A. et la SPRL B. ont procédé au remboursement total de l'indu par les versements successifs suivants :

- le 14/07/2016 : 36.900,00 € ;
- le 28/07/2016 : 36.900,00 € ;
- le 29/08/2016 : 36.900,00 € ;
- le 04/10/2016 : 32.818,33 € ;
- le 31/10/2016 : 300.000,00 € ;
- le 06/12/2016 : 2.894,54 €.

Le montant résiduel de l'indu s'élève donc à 0 €.

## **2.3. Quant à l'amende**

### **2.3.1. Quant au régime de l'amende administrative**

Les mesures prévues à l'article 142, §1<sup>er</sup>, 1° et 2° de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 sont d'application, à savoir pour les dix griefs :

- pour le grief de prestations non effectuées (griefs n°1 et 2) : 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<sup>er</sup>, 1°, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994).
- pour les griefs de prestations non conformes (griefs n°3 à 10) : 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<sup>er</sup>, 2°, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994).

### **2.3.2. Quant au quantum de l'amende administrative**

Le fait de permettre de porter en compte de l'assurance soins de santé des **prestations non effectuées** est l'infraction la plus grave qui puisse être constatée par le Service d'évaluation et de contrôle médicaux à l'encontre d'un dispensateur de soins car elle caractérise la

rupture du lien de confiance entre l'INAMI, les organismes assureurs et le dispensateur de soins.

En facturant à l'assurance soins de santé des prestations qui relèvent de l'art. 14i de la Nomenclature de prestations de santé, à savoir des prestations de résection de polypes de l'oreille, par cure (255216-255220), d'extraction de corps étranger du nez (255813-255824) ou d'intervention chirurgicale par synéchie nasale (255835-255846), alors qu'elles n'ont pas été effectuées ou bien en portant en compte des prestations deux fois sur une même journée, alors qu'elles n'ont été faites qu'une fois, le Dr A. a méconnu les obligations qui lui incombaient en sa qualité de dispensateur de soins et n'a pas fait preuve de professionnalisme.

Compte tenu du nombre de prestations non effectuées et facturées à l'assurance soins de santé (3.510 prestations), de la longueur de la période concernée (de septembre 2014 à septembre 2015) et du caractère très élevé de l'indu en cause (96.534,37 €) euros), le Docteur 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 du Docteur A., au titre des griefs n°1 et 2 de prestations non effectuées, une amende administrative de 150% du montant indu à rembourser (LC 14/07/1994, art. 142, §1<sup>er</sup>, 1°), soit 144.801,55 € (indu de 96.534,37 €).

**Concernant l'attestation de prestations non conformes**, le législateur a encadré de manière très précise les possibilités d'attester les prestations réalisées par un médecin spécialiste en oto-rhino-laryngologie.

La Nomenclature (AR 14/09/1984), et notamment l'art. 14i, définit distinctement les conditions pour attester des prestations de cette spécialité. Ces règles sont de stricte interprétation et doivent être appliquées rigoureusement 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 soins.

Le respect de ces règles 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 conditions prévues par la Nomenclature pour attester des prestations relevant de la spécialité en oto-rhino-laryngologie, le Dr A. a manqué à ses obligations légales en tant que dispensateur de soins.

Dans ces conditions, au regard notamment la Nomenclature (art. 14i et 3), du nombre très important de prestations en cause (11.982 prestations), de la courte durée de la période investiguée (de septembre 2014 à septembre 2015), du montant très important de l'indu (349.878,50 €), il est justifié de prononcer à l'encontre du Dr 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<sup>er</sup>, 2°), soit 349.878,50 €.

Toutefois, l'article 157, §1<sup>er</sup> de la loi ASSI coordonnée le 14/07/1994 prévoit que le fonctionnaire-dirigeant peut accorder un sursis partiel ou total de l'exécution de sa décision infligeant une amende administrative au dispensateur de soins.

Pour fixer le quantum de cette sanction, il convient cependant de tenir compte, non seulement des éléments rappelés ci-dessus, mais aussi de l'absence d'antécédents dans le chef de l'intéressé ou du fait qu'il a remboursé l'intégralité de l'indu. Cela justifie que la sanction soit assortie d'une mesure de sursis partiel, la sanction effective devant rappeler à l'intéressé l'importance de la faute commise, et celle avec sursis devant l'inciter à rectifier, pour l'avenir, sa pratique dans un sens conforme à la réglementation et aux exigences de son art.

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

- des griefs n°1 et 2 de prestations non effectuées, une amende administrative de 150% du montant des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé (LC 14.07.1994, art. 142, §1<sup>er</sup>, 1°), soit 144.801,55 euros, dont 100% en amende effective (soit 96.534,37 €) et 50% en amende assortie d'un sursis d'une durée de 3 ans (soit 48.267,18 €).
- des griefs de prestations non conformes, une amende administrative de 100% du montant des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé (LC 14.07.1994, art. 142, §1<sup>er</sup>, 2°), soit 349.878,50 €, dont 50% en amende effective (soit 174.939,25 €) et 50% en amende assortie d'un sursis d'une durée de 3 ans (soit 174.939,25 €).

**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 dix griefs établis ;
- Condamne solidairement le Docteur A. et la SPRL B. à rembourser la valeur des prestations indues s'élevant à 446.412,87 € (L.C., 14.07.1994, art. 142, §1<sup>er</sup> et art. 164) ;
- Constate que la totalité de la valeur des prestations indues a été remboursée ;
- Condamne le Docteur A. à payer une amende administrative de 150% du montant des prestations non effectuées indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé (L.C., 14.07.1994, art.142, §1<sup>er</sup>, 1°), soit 144.801,55 €, dont 100% en amende effective (soit 96.534,37 €) et 50% en amende assortie d'un sursis d'une durée de 3 ans (soit 48.267,18 €).
- Condamne le Docteur A. à payer une amende administrative de 100% du montant des prestations non conformes indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé (L.C., 14.07.1994, art. 142, §1<sup>er</sup>, 2°), soit 349.878,50 €, dont 50% en amende effective (soit 174.939,25 €) et 50% en amende assortie d'un sursis d'une durée de 3 ans (soit 174.939,25 €) ;
- Dit qu'à défaut de paiement des sommes dues dans les trente jours de la notification de la présente décision, des intérêts au taux légal en matière sociale, tel que prévu à l'article 2, §3, de la loi du 5 mai 1865 relative au prêt à intérêt, seront dus, de plein droit, à compter de l'expiration du délai précité.

Ainsi décidé à Bruxelles, le 21/04/2017

Le Fonctionnaire – dirigeant,

Dr Bernard HEPP  
Médecin-directeur général