

DECISION DU FONCTIONNAIRE-DIRIGEANT DU 11 MARS 2021

Concerne : **Monsieur A.**

médecin généraliste agréé + titulaire d'attestation ECG

BRS/F/20-015

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

Trois 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. Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer des documents réglementaires permettant le remboursement des prestations de santé lorsque les prestations n'ont pas été effectuées ou fournies ou lorsqu'elles ont été effectuées ou fournies durant une période d'interdiction temporaire ou définitive d'exercice de la profession

Infraction visée à l'article 73bis, 1° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 et tombant sous l'application du prescrit de l'article 142 § 1er, 1° de ladite loi.

Il s'agit de 70 prestations 353231 concernant une seule assurée.

Le grief est fondé sur :

- a/les déclarations catégoriques et circonstanciées de l'assurée, Madame B., durant l'audition du 20/07/2018, ôtant toute crédibilité à son revirement ultérieur (cf p. 9 de la note de synthèse) ;
- b/le nombre et les dates des prestations 353231 attestées (cf p. 10 de la note de synthèse) ;
- c/les déclarations et l'analyse des éléments du dossier médical communiqués par le Dr A. au cours de l'audition du 28/08/2018 (cf p. 10-11 de la note de synthèse) ;
- d/l'analyse des éléments des dossiers médicaux de l'assurée transmis par le Dr C., dermatologue, et par les Drs D. et F., généralistes (cf p. 12 à 14 de la note de synthèse).

Les prestations reprochées concernant une seule assurée sont toutes retenues. L'infraction est retenue pour les 70 prestations 353231, concernant la période du 14/08/2015 au 28/02/2018 (date de prestation).

L'indu correspondant s'élève à 2.212,10 €. (indu total)

1.2. Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer des documents réglementaires permettant le remboursement des prestations de santé lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues 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

Infraction visée à l'article 73bis, 2° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 et tombant sous l'application du prescrit de l'article 142 § 1er, 2° de ladite loi.

Il s'agit des 28 prestations 104230 (visite de nuit) non conformes parce que ne satisfaisant pas aux conditions de l'article 2, C et F, 3. de la N.P.S, les visites de nuit attestées sous ce numéro-code ayant été demandées avant 21 heures. Elles concernent un seul assuré et sont reprises dans la liste 2 ci-dessous.

Ces prestations concernent la période du 25/05/2016 au 26/01/2018 chez un seul assuré (date d'introduction aux O.A. du 27/05/2016 au 31/01/2018).

Les prestations 104230 reprochées sont de valeur supérieure aux prestations attestables, en l'occurrence des prestations 104215 dans le cas de figure le plus favorable pour le Dr A.

Le constat de l'infraction est fondé sur :

- les déclarations du Dr A. en date du 02/05/2018 (cf p. 17 de la note de synthèse) ;
- les déclarations claires et sans équivoque de Mr G. en date du 22/06/2018, ôtant toute crédibilité à son mail adressé ultérieurement au Dr A. (cf p. 18 de la note de synthèse) ;
- l'analyse des prestations attestées pour Mr G. (cf p. 17 de la note de synthèse).

L'indu correspondant s'élève à 651,93 €.

Il s'agit de l'indu différentiel qui a été calculé à partir du postulat le plus favorable pour le Dr A., postulat selon lequel les visites de nuit attestées sous le numéro-code 104230 non conforme auraient été demandées entre 18 et 21 heures et de plus auraient eu un caractère urgent. Il ne fait pas de doute que la majorité des prestations 104230 attestées n'avaient pas de caractère d'urgence.

1.3. Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer des documents réglementaires permettant le remboursement des prestations de santé lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues 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

Infraction visée à l'article 73bis, 2° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 et tombant sous l'application du prescrit de l'article 142 § 1er, 2° de ladite loi.

Il s'agit de 95 prestations 102771 (Gestion du Dossier médical global) non conformes car aucune des mentions que doit comprendre le DMG (Dossier médical global), comme précisé par le libellé de l'article 2, B de la N.P.S., ne figure dans le dossier médical.

Le grief est fondé

- sur l'analyse d'un échantillon aléatoire de 30 prestations 102771 (DMG) réalisée au cours de l'audition du 28/08/2018 du Dr A. et sur base des photographies d'écran communiquées électroniquement par le dispensateur de soins en date des 30/09/2018, 15/10/2018 et 14/11/2018 ;
- sur l'application de la méthode de vérification par échantillonnage et extrapolation conformément à l'article 146 § 2.1 de la loi ASSI coordonnée le 14 juillet 1994.

Détail de l'application de la méthode de vérification par échantillonnage et extrapolation

- La base de sondage est constituée par l'ensemble des prestations 102771 attestées pour la période du 01/01/2016 au 31/03/2018 (date de prestation). Il s'agit de 337 prestations, la première étant datée du 04/01/2016 et la dernière du 19/03/2018. Le montant total remboursé pour ces 337 prestations est de 10.029,76 €. Période correspondante de réception à l'O.A : du 06/01/2016 au 28/03/2018.
- A partir de la base de sondage des 337 prestations DMG triées par ordre croissant des numéros de registre national et par ordre chronologique des dates de prestation, un échantillon comprenant 30 prestations a été sélectionné selon la méthode aléatoire simple (procédure SAS « surveyselect »). Voir section 6.1, la liste récapitulative des 30 prestations DMG de l'échantillon étudié et les résultats de l'étude.
- Sur les 30 prestations de l'échantillon, 14 ont été constatées non conformes. La proportion de dossiers non conformes est donc de 14/30, soit 46,6667%.
- De ce pourcentage de 46,6667% est déduite une marge d'erreur de 18,3249%, calculée selon la méthode de Clopper-Pearson, pour déterminer la valeur en-dessous de laquelle le pourcentage de prestations non conformes a une probabilité inférieure à 2,5% de se trouver. Le pourcentage retenu est donc 28,3418%.

En conséquence, l'infraction a été constatée pour 95 prestations ($0,28341 \times 337 = 95,51$).

L'indu correspondant s'élève à 2.842,61 €.

L'infraction a été constatée et retenue pour 95 prestations en extrapolant les résultats de l'analyse de l'échantillon aléatoire de 30 prestations 102771 à la base de sondage constituée par l'ensemble des 337 prestations 102771 datées du 04/01/2016 au 19/03/2018 (date d'introduction aux O.A. du 06/01/2016 au 28/03/2018).

Pour ces griefs, l'indu total a été évalué à 5.706,64 euros.

Le 17/12/2019, le Dr A. a signé l'invitation au remboursement volontaire. Il a remboursé volontairement 1.500 €.

Le 30/12/2020, le Docteur A. a remboursé 4.206,64 €.

L'ensemble des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé et reprochées au Docteur A. a été remboursé par ce dernier.

2. DISCUSSION

2.1. Sur le bien fondé du premier grief

Il ressort du dossier que les éléments matériels et constitutifs du grief 1 du PVC du 17/12/2018 sont réunis et prouvés sur base :

- des déclarations catégoriques et circonstanciées de l'assurée, Madame B., durant l'audition du 20/07/2018, ôtant toute crédibilité à son revirement ultérieur ;
- du nombre et les dates des prestations 353231 attestées ;
- des déclarations et de l'analyse des éléments du dossier médical communiqués par le Dr A. au cours de l'audition du 28/08/2018 ;
- de l'analyse des éléments des dossiers médicaux de l'assurée transmis par le Dr C., dermatologue, et par les Drs D. et F., généralistes.

Suite à la réception du P.V.C. du 17/12/2018, le Dr A. a contesté le 1^{er} grief.

Courrier du Dr A. daté du 16/01/2019 :

« ...Le cas de Madame B.,...elle vous a adressé un courriel d'éclaircissement à ce propos. Les « experts de ... » voire une dermatologue chevronnée consultée au passage n'ont pas connaissance de son passé médical et ne peuvent pas reconnaître ce qu'ils n'ont pas connu. La patiente confirme ses traitements que je tarifie normalement à raison d'une intervention toutes les deux semaines en moyenne. (cfr document Beta)... »

Document « Bêta » : courrier électronique de Madame B. adressé au Dr A. en date du 21/12/2018

« Bonjour Docteur Je confirme par la présente que vous m'avez bien soigné pour des verrues depuis quelques années Bien à vous B. »

Le mail du 21/12/2018 de Mme B. adressé au Dr A. n'est pas plus crédible que sa lettre du 07/09/2018 adressée au SECM, contredisant ses déclarations catégoriques et circonstanciées.

Les autres justifications du Dr A. ne sont pas pertinentes.

- Les dossiers communiqués par les 3 médecins tiers qui ont examiné et eu Madame B. en traitement reprennent les antécédents de la patiente.
- Les dates de consultations mentionnées dans les dossiers des 3 médecins tiers chevauchent les dates des prestations litigieuses portées en compte par le Dr A.

Le SECM n'a pas reçu de moyens de défense et le Dr A. a remboursé la totalité de l'indu le 30/12/2020.

Par conséquent, le grief n°1 du PVC du 17/12/2018 est établi.

2.2. Sur le bien fondé du deuxième grief

Il ressort du dossier que les éléments matériels et constitutifs du grief 2 du PVC du 17/12/2018 sont réunis et prouvés sur base :

- des déclarations du Dr A. en date du 02/05/2018 ;
- des déclarations claires et sans équivoque de Mr G. en date du 22/06/2018, ôtant toute crédibilité à son mail adressé ultérieurement au Dr A. ;
- de l'analyse des prestations attestées pour Mr G.

Revenant sur ses déclarations, le Dr A. conteste le grief suite à la réception du P.V.C. du 17/12/2018.

Courrier du Dr A. daté du 16/01/2019 :

« ...Le cas de Mr G., ...Mr G. est à l'heure d'hiver en été et à l'heure du Maroc (où vivent ses parents) en hiver. Ses appels par SMS ont bien été envoyés dans l'urgence à des heures tardives au-delà même de ce qui permet l'application du code 104230. Il l'atteste dans le document alpha... »

Courrier électronique de Monsieur G. adressé en date du 21/12/2018 au Dr A. et annexé sous « Alpha » par le Dr A. au courrier qu'il a adressé au S.E.C.M. en date du 16/01/2019 :

« Par la prescience, je confirme avoir demandé sur base de mon horloge restée régler à l'heure d'hivers des visites de domiciles après 20 heures (en réalité il était 21h00) De sorte que les visites à domicile ont été effectuée et ce d'après mes demandes après 21h00... »

Ce mail de Mr G. ne peut être pris en considération. Monsieur G. n'a pas fait de remarque suite à la réception de la copie du PV de son audition. Il a fait des déclarations d'une clarté et d'une logique évidentes (elles concordent avec le fonctionnement particulier du Dr A.).

Le mail de Mr G. est en contradiction totale avec ses déclarations et fait suite à une demande du Dr A.

D'après les déclarations de l'assuré, non seulement les visites « de nuit » ont été demandées avant 21 heures mais ont été effectuées avant 21 heures aussi.

Le SECM n'a pas reçu de moyens de défense et le Dr A. a remboursé la totalité de l'indu le 30/12/2020.

Par conséquent, le grief n°2 du PVC du 17/12/2018 est établi.

2.3. Sur le bien fondé du troisième grief

Il ressort du dossier que les éléments matériels et constitutifs du grief 2 du PVC du 17/12/2018 sont réunis et prouvés sur base :

- de l'analyse d'un échantillon aléatoire de 30 prestations 102771 (DMG) réalisée au cours de l'audition du 28/08/2018 du Dr A. et sur base des photographies d'écran communiquées électroniquement par le dispensateur de soins en date des 30/09/2018, 15/10/2018 et 14/11/2018 ;

- de l'application de la méthode de vérification par échantillonnage et extrapolation conformément à l'article 146 § 2.1 de la loi ASSI coordonnée le 14 juillet 1994.

Le Dr A. a communiqué ses remarques suite à la réception du P.V.C. du 17/12/2018.

Courrier du Dr A. daté du 16/01/2019

« ...Les DMG...Quelques dossiers choisis dans la « tempête » n'ont pas la valeur statistique absolue malgré une formule pour champion dont les résultats restent relatifs et non fiables sur des séries limitées... »

Le Dr A. a émis une remarque concernant la méthode utilisée et a effectué un remboursement partiel de 1.500 € en stipulant que ce montant correspondait à « l'aide INAMI (de 1500 euros) à la pratique médicale en 2018 ».

Sur ce document, le Dr A. n'a pas mentionné l'affectation du montant remboursé à un grief en particulier mais, selon une communication téléphonique, il a précisé que ce remboursement était spécifiquement lié au troisième grief.

Le SECM n'a pas reçu de moyens de défense et le Dr A. a remboursé la totalité de l'indu le 30/12/2020.

Par conséquent, le grief n°3 du PVC du 17/12/2018 est établi.

2.4. Quant à l'indu

Les griefs soulevés dans le cadre du présent dossier ont entraîné des débours indus dans le chef de l'assurance obligatoire soins de santé pour un montant de 5.706,64 €.

Le 19/02/2019, le Docteur A. a remboursé une somme de 1.500 €.

Le 30/12/2020, le Docteur A. a remboursé une somme de 4.206,64 €.

Il y a donc lieu :

- d'une part, d'ordonner que le Docteur A. soit condamné à rembourser la valeur des prestations indues s'élevant à 5.706,64 € ;
- d'autre part, de constater que la valeur des prestations indues a été remboursée en totalité.

2.5. Quant à l'amende

2.5.1. Quant au régime de l'amende administrative

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

- pour le grief n°1 (prestations non effectuées) : remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé et une amende administrative comprise entre 50 % et 200 % du montant de la valeur des prestations concernées (article 73bis, 1^o et article 142, §1^{er}, 1^o, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994) ;
- pour les griefs n°2 et 3 (prestations non conformes) : remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé et/ou une amende administrative comprise entre 5% et 150% du montant de la valeur des prestations concernées (article 73bis, 2^o et article 142, §1^{er}, 2^o, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994).

2.5.2. Quant au quantum de l'amende administrative

L'attestation de 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 soins¹.

En attestant des prestations alors qu'il ne les avait pas réalisées, le Docteur A. a méconnu les obligations qui lui incombaient en sa qualité de dispensateur de soins et n'a pas fait preuve de professionnalisme.

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

Compte tenu du nombre de prestations non effectuées attestées par le Docteur A. (70 prestations), du montant de l'indu (2.212,10 €), de la longueur de la période (du 14/08/2015 au 28/02/2018), de la clarté de la nomenclature et de l'absence d'antécédent, le Docteur A. a spolié les deniers de l'assurance soins de santé et donc de la collectivité, ce qui justifie l'application à l'encontre du Docteur A. au titre du grief des prestations non effectuées, d'une amende administrative de 25 % du montant indu à rembourser (LC 14/07/1994, art. 142, §1^{er}, 1^o), soit 553,03 €.

Concernant l'attestation de prestations non conformes, la nomenclature encadre de manière très précise les informations devant figurer dans le dossier médical global ou encore par exemple les conditions pour pouvoir attester un code de visite de nuit.

Les règles de la Nomenclature des prestations de santé sont de stricte interprétation et doivent être appliquées rigoureusement² car les dispensateurs de soins collaborent à un service public, ce qui repose sur un rapport de confiance notamment entre l'INAMI, les organismes assureurs et les dispensateurs de soins.

Le respect des mentions à faire figurer dans le dossier médical global ou le respect des conditions pour pouvoir attester un code de visite de nuit sont un des fondements de ce rapport de confiance, puisque ces normes sont clairement et expressément énoncées dans la réglementation.

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

S'ils ne s'y conforment pas, ils brisent ce rapport de confiance et mettent en péril l'équilibre des deniers publics.

En ne respectant pas les conditions de la nomenclature pour la tenue du dossier médical global ou pour l'attestation de visites de nuit, le Docteur A. a manqué à ses obligations légales en tant que dispensateur de soins.

Dans ces conditions, au regard notamment de la clarté de la Nomenclature, du nombre de prestations (123 prestations), mais aussi de la durée de la période infractionnelle (18 mois pour l'attestation de visites de nuit non conformes à la Nomenclature ; 27 mois pour le dossier médical global non conforme aux exigences de la nomenclature), du montant de l'indu (3.494,54 €) et de l'absence d'antécédent, il est justifié de prononcer à l'encontre du Docteur A., au titre des griefs de prestations non conformes, une amende administrative de 25% du montant indu à rembourser (LC 14.07.1994, art. 142, §1^{er}, 2^o), soit 873,64 €.

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

PAR CES MOTIFS,

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994,

APRES EN AVOIR DELIBERE,

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

- Déclare établis les griefs reprochés au Docteur A. au terme du PVC du 17/12/2018 ;
- Condamne le Docteur A. à rembourser la valeur des prestations indues s'élevant à 5.706,64 € ;
- Constate que la valeur des prestations indues a été remboursée en totalité et que l'indu résiduel s'élève à 0 euro.
- Condamne le Docteur A., au titre du grief des prestations non effectuées, à payer une amende de 25% du montant des prestations indues attestées à charge de l'assurance soins de santé (LC 14.07.1994, art. 142, §1^{er}, 1^o), soit 553,03 €.
- Condamne le Docteur A., au titre du grief des prestations non conformes, à payer une amende administrative de 25% du montant des prestations indues attestées à charge de l'assurance soins de santé (LC 14.07.1994, art. 142, §1^{er}, 2^o), soit 873,64 €.
- 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 Fonctionnaire-dirigeant,

Docteur Philip Tavernier,

Médecin directeur général