

**DECISION DU FONCTIONNAIRE-DIRIGEANT DU 9 JANVIER 2023
BRS/F/22-012**

Concerne : **Madame A.**
médecin généraliste agréé
Ayant pour conseils, Maître B. et Maître C., avocats.

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

Cinq griefs ont été formulés (voir pour le détail la note de synthèse précitée) concernant le Docteur A., suite à l'enquête menée par les inspecteurs du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI.

En résumé, il lui est reproché :

1.1 Premier grief

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

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.

1.1.1. Principe général :

Les prestations ne sont remboursables par l'assurance soins de santé que pour autant qu'elles soient dûment effectuées au bénéfice de l'assuré.

C'est d'ailleurs la raison pour laquelle une « attestation de soins donnés » est établie et signée par le dispensateur de soins, selon la procédure définie à l'art. 53, alinéa 1er de la LC du 14/04/1994 qui dispose :

Loi 10/04/2014 - M.B. 30/04/2014 – d'application à partir du 01/07/2015

« (...)

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

(...)

Sans préjudice des obligations établies en vertu de l'article 320 du Code des impôts sur les revenus 1992, les documents visés à l'alinéa 1er sont remplacés par une transmission de données par le dispensateur de soins aux organismes assureurs au moyen d'un réseau électronique, selon les modalités administratives déterminées par le Comité de l'assurance.
(...)

1.1.2. **Base réglementaire du grief :**

Annexe à l'Arrêté Royal du 14 septembre 1984 établissant la Nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (NPS)

"A.R. 19.2.2013" (en vigueur 1.5.2013)

"CHAPITRE II. – CONSULTATIONS, VISITES ET AVIS, PSYCHOTHERAPIES ET AUTRES PRESTATIONS.

Art. 2." (...)

"B. Consultations au cabinet" (...)

101032 Consultation au cabinet par un médecin généraliste N 8 (...)

"C. Visites (...)

103132 Visite par le médecin généraliste N 5,6 + D 4 + E 1

104215 Visite effectuée entre 18 heures et 21 heures par le médecin généraliste N 5,6 + D 11,99 + E 1

104230 Visite effectuée entre 21 heures et 8 heures par le médecin généraliste N 5,6 + D 33,99 + E 1

104252 Visite effectuée un samedi, un dimanche ou un jour férié, entre 8 heures et 21 heures, par le médecin généraliste N 5,6 + D 13,99 + E 1

(...)

Pseudonomenclature

Divers. Prestations temporaires dans le cadre d'une épidémie. COVID-19 : Rémunération pour les prestations à distance sans contact physique. Médecins : Avis en vue de la continuité des soins.

"A.R. 13.5.2020" (articles 4 à 29 en vigueur à partir du 14.3.2020)

CHAPITRE 4. Soins à distance

(...)

Section 1re. Soins spécifiques à distance

Art. 8. Soins par un médecin

(...)

§2. Continuité des soins :

101135 Avis en vue de la continuité des soins N 10

1.1.3. Argumentation :

Il apparait que sont portées en compte des prestations non effectuées.

Il s'agit de 231 prestations concernant 11 assurés concernant la période du 01/08/2018 au 30/01/2021 (dates de prestation)

La période correspondante de réception aux O.A. s'étend du 04/09/2018 au 01/02/2021.

Le détail du grief figure aux pages 23 à 50 de la note de synthèse.

1.1.4. Conclusion :

Le grief concerne 231 prestations pour 11 assurés.

L'indu correspondant s'élève à 8.896,90 euros.

1.2 Second grief :

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

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.

1.2.1 Principe général :

Les prestations ne sont remboursables par l'assurance soins de santé que pour autant qu'elles soient dûment effectuées au bénéfice de l'assuré.

C'est d'ailleurs la raison pour laquelle une « attestation de soins donnés » est établie et signée par le dispensateur de soins, selon la procédure définie à l'art. 53, alinéa 1er de la LC du 14/04/1994 qui dispose :

Loi 10/04/2014 - M.B. 30/04/2014 – d'application à partir du 01/07/2015

« (...)

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

(...)

Sans préjudice des obligations établies en vertu de l'article 320 du Code des impôts sur les revenus 1992, les documents visés à l'alinéa 1er sont remplacés par une transmission de données par le dispensateur de soins aux organismes assureurs au moyen d'un réseau électronique, selon les modalités administratives déterminées par le Comité de l'assurance.
(...)

1.2.2. Base réglementaire du grief :

Annexe à l'Arrêté Royal du 14 septembre 1984 établissant la Nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (NPS)

"A.R. 19.2.2013" (en vigueur 1.5.2013)

"CHAPITRE II. – CONSULTATIONS, VISITES ET AVIS, PSYCHOTHERAPIES ET AUTRES PRESTATIONS.

Art. 2."(...)

"B. Consultations au cabinet"(...)

101032 Consultation au cabinet par un médecin généraliste N 8

(...)

"C. Visites (...)

103132 Visite par le médecin généraliste N 5,6 + D 4 + E 1

1.2.3. Argumentation :

Il apparait que sont portées en compte des prestations non effectuées.

Il s'agit de 4 prestations concernant 4 assurés concernant la période du 25/07/2019 au 25/09/2020 (date de prestation).

La période correspondante de réception aux O.A. s'étend du 11/09/2019 au 04/11/2020.

Le détail du grief se trouve en page 10 du procès-verbal de constat du 11/08/2021.

1.2.4. Conclusion :

Le grief concerne 4 prestations pour 4 assurés.

L'indu correspondant s'élève à 108,19 euros.

1.3 Troisième grief :

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'art 73bis, 2° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994

1.3.1 Base réglementaire du grief :

Annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (NPS)

Chapitre II. Consultations, visites et avis, psychothérapies et autres prestations

Art. 2

"A.R. 19.2.2013" (en vigueur 1.5.2013)

(...)

"C. Visites

(...)

103132 Visite par le médecin généraliste N 5,6 + D 4 + E 1

(...)

103412 Visite à l'occasion d'un même déplacement pour deux bénéficiaires par le médecin généraliste N 5,6 + D 4 + E 0,5

103434 Visite à l'occasion d'un même déplacement pour plus de deux bénéficiaires par le médecin généraliste N 5,6 + D 4 + E 0,33 (...)

1.3.2 Argumentation :

Pour la période du 11/01/2018 au 17/12/2020 (dates de prestation), 467 prestations 103132 ont été attestées par le Docteur A. alors que deux ou plus de deux bénéficiaires ont été concernés par la visite du dispensateur à l'occasion d'un même déplacement et cela pour un montant total de 15.780,98 €.

L'indu différentiel entre les montants du numéro code 103132 d'une part et, d'autre part, les montants relatifs soit au numéro code 103412 soit au numéro code 103434 est calculé en fonction du nombre d'assurés qui auraient été vus le même jour par le Docteur A. à l'occasion d'un même déplacement. Ce calcul part du postulat le plus favorable au dispensateur de soins, à savoir que tous les assurés auraient été vus par le Docteur A. lors d'une visite en déplacement et non à son cabinet de consultation.

La période correspondante de réception aux O.A. s'étend du 10/09/2018 au 26/02/2021.

Le détail du grief figure aux pages 50 à 56 de la note de synthèse.

1.3.3 Conclusion :

Le grief concerne 467 prestations 103132 pour 74 assurés.

L'indu correspondant s'élève à 3.520,61 €. (indu différentiel)

1.4 Quatrième grief

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'art 73bis, 2° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994

1.4.2 Base réglementaire du grief :

Annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (NPS)

Chapitre II. Consultations, visites et avis, psychothérapies et autres prestations

Art. 2

"B. Consultations au cabinet" (...)

"A.R. 19.2.2013" (en vigueur 1.5.2013)

(..)

101032 Consultation au cabinet par un médecin généraliste

N 8

"C. Visites

(...)

103132 Visite par le médecin généraliste N 5,6 + D 4 + E 1

104215 Visite effectuée entre 18 heures et 21 heures par le médecin généraliste N 5,6+ D 11,99 + E 1

104230 Visite effectuée entre 21 heures et 8 heures par le médecin généraliste N 5,6 + D 33,99 + E 1

104252 Visite effectuée un samedi, un dimanche ou un jour férié, entre 8 heures et 21 heures, par le médecin généraliste N 5,6 + D 13,99 + E

(...)

"F. Dispositions générales (...) "A.R. 19.2.2013" (en vigueur 1.5.2013) "3. Les prestations 102410, 102432, 102454, 102476, 102491, 102513, 103854, 103876, 103891, 104215, 104230, 104252, 104296, 104311, 104333, 104510, 104532, 104554, 104591, 104613, 104635, 104812, 104834, 104856 et 104871 ne peuvent être portées en compte que pour les consultations et visites demandées et effectuées pendant les jours et heures spécifiés et quand l'état du patient nécessite, pendant ces jours et heures, des soins urgents qui ne peuvent être différés. Ces prestations ne peuvent être portées en compte lorsque le médecin, pour des raisons personnelles, tient une consultation ouverte au public, reçoit sur rendez-vous ou effectue des visites pendant les jours et heures susmentionnés; il en est de même lorsque ces prestations sont effectuées pendant ces mêmes périodes suite à une exigence particulière du patient.

(...) "

1.4.3 Argumentation :

Il s'agit de 199 prestations, dont 85 prestations 103132 (visite), 42 prestations 104215 (visite urgente effectuée entre 18h et 21h), 67 prestations 104230 (visite urgente effectuée entre 21h et 8h) et 5 prestations 104252 (visite urgente effectuée un samedi, un dimanche ou un jour férié entre 8h et 21h), non conformes parce qu'attestées à la place de prestations 101032 (consultation au cabinet) ou 103132 (visite). Les prestations reprochées sont de valeur supérieure aux prestations conformes à la réglementation.

Ces prestations concernent la période du 31/07/2018 au 29/01/2021 (dates de prestation).

La période correspondante de réception aux O.A. s'étend du 04/09/2018 au 01/02/2021.

Le détail du grief figure aux pages 23 à 50 de la note de synthèse.

1.4.4 Conclusion :

Il s'agit de 199 prestations concernant 13 assurés.

L'indu correspondant s'élève à 4.380,12 €. (indu différentiel).

1.5 Cinquième grief :

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'art 73bis, 2° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994

1.5.1 Base réglementaire du grief :

Annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (NPS)

Chapitre II. Consultations, visites et avis, psychothérapies et autres prestations

Art. 2

"B. Consultations au cabinet"

(...)

"A.R. 19.2.2013" (en vigueur 1.5.2013) + "A.R. 26.1.2017" (en vigueur 1.1.2016) "

102771 Gestion du dossier médical global (DMG) N 8,415

Le DMG est géré par un médecin généraliste; un médecin généraliste en formation ne peut pas être gestionnaire du DMG.

Le DMG contient les données suivantes mises à jour régulièrement :

- a) les données socio-administratives;
- b) les antécédents;
- c) les problèmes;
- d) les rapports des autres dispensateurs de soins;
- e) les traitements chroniques;
- f) les mesures préventives adoptées en fonction de l'âge et du sexe du patient et portant au minimum sur :
 1. le mode de vie (alimentation, activité physique, consommation de tabac et d'alcool);
 2. les maladies cardiovasculaires (anamnèse, examen clinique, acide acétylsalicylique pour les groupes à risque);
 3. le dépistage du cancer colorectal, du cancer du sein et du col utérin;
 4. la vaccination (diphtérie, tétanos, grippe et pneumocoque);
 5. les dosages biologiques : lipides (> 50 ans), glycémie (> 65 ans), créatinine et protéinurie (pour les groupes à risque);
 6. le dépistage de la dépression;
 7. les soins bucco-dentaires;
- g) pour un patient de 45 à 74 ans qui bénéficie du statut affection chronique, diverses données cliniques et biologiques utiles à l'évaluation de l'état de santé du patient et à l'amélioration de la qualité des soins.

La gestion du DMG est réalisée à la demande du patient ou de son mandataire dûment identifié; cette demande figure dans le dossier du patient.

La prestation pour la gestion du DMG est accordée une fois par année civile.

La prestation est cumulée avec une prestation pour une consultation (101032, 101076) ou une visite (103132, 103412, 103434).

La prestation est majorée de 83,33 % de l'année du 45e anniversaire jusqu'à l'année du 75e anniversaire d'un patient qui avait le statut affection chronique l'année précédente."

(...)

Pseudonomenclature

Prestations de médecins et paramédicaux

Montants forfaitaires divers :

(En vigueur depuis le 1/01/2016)

(...)

101334 Honoraires pour la gestion du dossier médical global avec utilisation des fonctionnalités des services MyCareNet, pour les bénéficiaires avec le statut de maladie chronique dans la tranche d'âge 45-74 ans: prolongation du dossier médical N 55

(...)

101371 Honoraires pour la gestion du dossier médical global avec utilisation des fonctionnalités des services MyCareNet, pour les bénéficiaires avec le statut de maladie chronique dans la tranche d'âge 45-74 ans: ouverture ou prolongation du dossier médical global avec application du régime du tiers payant N 55

(En vigueur depuis le 1/08/2014)

(...)

102793 Honoraires pour la gestion du dossier médical global sans utilisation des fonctionnalités des services MyCareNet : prolongation du dossier médical N 8,415 (...)

103596 Honoraires pour la gestion du dossier médical global avec utilisation des fonctionnalités des services MyCareNet : prolongation du dossier médical N 8,415

1.5.2 Argumentation :

Il s'agit des prestations de gestion du dossier médical global (« DMG », numéro code 102771) et de prolongation du dossier médical (numéros codes 101334, 101371 et 103596) non conformes parce que ne satisfaisant pas aux conditions de l'article 2, B de la N.P.S., la prestation pour la gestion du DMG ou pour la prolongation du DMG ayant été portée en compte sans le cumul requis ou ayant été cumulée avec une prestation non effectuée ou différente de celles requises.

En rapport avec la période du 07/10/2018 au 30/12/2020 (dates de prestation), l'infraction est établie pour 267 prestations concernant 235 assurés dont 1 prestation 101334, 15 prestations 101371, 209 prestations 102771 et 42 prestations 103596.

La période correspondante de réception aux O.A. s'étend du 07/11/2018 au 28/02/2021.

Le détail du grief figure aux pages 24 à 31 du procès-verbal de constat du 11/08/2021.

1.5.3 Conclusion :

Le grief concerne 267 prestations pour 235 assurés.

L'indu correspondant s'élève à 9.006,89 €. (indu total)

Pour ces griefs, l'indu total a été évalué à 25.912,71 euros.

Le Docteur A. a procédé au remboursement total de l'indu le 07/10/2021.

1 DISCUSSION

1.1 Moyens de défense

Les conseils du Docteur A. ont transmis les moyens de défense de celle-ci le 17 novembre 2022.

Dans ceux-ci, est sollicité, à titre principal, qu'il ne soit pas infligé d'amende au Docteur A., le remboursement volontaire total suffisant comme sanction.

Le Docteur A. a procédé au remboursement volontaire de l'indu (pièce 1). Ce remboursement ne peut aucunement être considéré comme constituant un aveu de culpabilité de sa part. Elle a procédé à ce remboursement volontaire pour démontrer sa bonne foi en espérant que ce remboursement sera considéré par le service comme un élément favorable afin qu'aucune amende ne lui soit infligée.

Est également invoqué le fait que le Docteur A. étant en incapacité de travail, elle n'est pas en mesure de se défendre. Elle ne travaille plus depuis le 16 avril 2021. Elle n'a plus prescrit de médicament ni remis d'attestation de soins de santé depuis cette date.

Elle a séjourné dans un centre psychiatrique jusqu'au 11 juin 2021 suite à un syndrome anxio-dépressif sur burn out dont elle souffre toujours. Depuis lors, elle poursuit son traitement à domicile. Étant depuis plus d'un an en incapacité de travail, elle est reconnue comme étant en invalidité permanente. Le Docteur A. a entrepris des démarches en vue de sa mise à la pension.

Les pièces 3 à 12 sont produites à l'appui de ces explications.

En raison de ses problèmes psychologiques, le Docteur A. est incapable de se défendre. Elle ne se souvient pas des faits à l'origine desquels les griefs lui sont reprochés.

Le service n'a pas pu auditionner Madame A. Ses conseils n'ont pas pu entrer en contact avec elle quant au fond du dossier. Les contacts se font par l'intermédiaire du mari du Docteur A. qui n'est pas médecin.

Infliger au Docteur A. une amende administrative alors qu'elle est incapable de se défendre concernant les faits reprochés constituerait une violation de ses droits de la défense.

Enfin, il n'est pas nécessaire d'infliger une amende administrative au Docteur A. dans la mesure où elle ne travaillera plus jamais comme médecin généraliste. Elle n'a aucunement l'intention de reprendre ses activités de médecin généraliste. Est produite à cet égard la pièce 9. Elle n'a pas sollicité la prolongation de son accréditation comme médecin. La pièce 2 est annexée à l'appui de cette affirmation. Le docteur A. a vendu le mobilier de son cabinet médical. Sa patientèle a été envoyée vers d'autres médecins des environs. Elle s'est retirée avec son conjoint dans un appartement sur la côte. Ayant laissé « sa vie de médecin généraliste derrière elle », il n'existe aucun risque de récurrence dans son chef.

A titre subsidiaire, si le service devait estimer nécessaire d'infliger une amende au Docteur A., est sollicité que l'amende imposée soit limitée au pourcentage/ montant le

plus bas possible avec le bénéfice du sursis. Le Docteur A. n'a jamais été condamnée dans le cadre d'une procédure judiciaire, déontologique ou encore administrative.

Position du Service :

Les moyens de défense portant exclusivement sur le fait d'infliger une amende au Docteur A., sur le montant/pourcentage de celle-ci ainsi que sur le bénéfice de l'octroi d'un sursis, le SECM y répondra ci-dessous dans le dispositif consacré à la sanction.

2.2. Fondement des griefs :

2.2.1. Sur le bien fondé du premier grief et du quatrième grief :

Dans les moyens de défense, le Docteur A. ne développe aucun argument concernant ces griefs.

Il ressort du dossier que les éléments matériels et constitutifs des griefs n°1 et n° 4 sont réunis et prouvés notamment au regard des éléments suivants:

- les déclarations claires et sans équivoque des 7 assurés entendus (par ordre chronologique des dates d'auditions) :

Monsieur D., audition du 22/06/2021

Monsieur E., audition du 01/07/2021

Madame F., audition du 01/07/2021

Monsieur G., audition du 23/07/2021

Madame H., audition du 23/07/2021

Madame I., audition du 02/08/2021

Monsieur J., audition du 02/08/2021

- l'analyse des données de facturation ;
- les copies de plusieurs attestations de soins données complétées par le Docteur A.

Par conséquent, au regard de tous ces éléments, le premier grief et le quatrième grief sont établis.

2.2.2. Sur le bien fondé du deuxième grief

Dans ses moyens de défense, le Docteur A. ne développe aucun argument concernant ce grief.

Il ressort du dossier que les éléments matériels et constitutifs du grief n°2 sont réunis et prouvés au regard de l'analyse des données de facturation.

Par conséquent, le second grief est établi.

2.2.3. Sur le bien fondé du troisième grief

Dans ses moyens de défense, le Docteur A. ne développe aucun argument concernant ce grief.

Il ressort du dossier que les éléments matériels et constitutifs du grief n°3 sont réunis et prouvés au regard de l'analyse des données de facturation.

Par conséquent, le troisième grief est établi.

2.2.4. Sur le bien fondé du cinquième grief

Dans ses moyens de défense, le Docteur A. ne développe aucun argument concernant ce grief.

Il ressort du dossier que les éléments matériels et constitutifs du grief sont réunis et prouvés sur la base de l'analyse des prestations attestées et des données de facturation.

Par conséquent, le cinquième grief est établi.

2.3. Quant à l'indu

Les griefs ont entraîné des débours indus dans le chef de l'assurance obligatoire soins de santé pour un montant de 25.912,71 euros.

Les griefs étant fondés, il y a lieu de condamner le Docteur A. au remboursement de l'indu, en application de l'article 142, §1^{er}, alinéa 1^{er}, 1° et 2°, de la loi SSI coordonnée le 14 juillet 1994, soit la somme de 25.912,71 euros.

Le Docteur A. a procédé au remboursement de la somme de 25.912,71 euros

Il y a lieu :

- d'ordonner que le Docteur A. soit condamnée à rembourser l'indu, en application de l'article 142, §1^{er}, 1° et 2°, de la loi SSI soit la somme de 25.912,71 euros.
- de constater que le Docteur A. a remboursé la somme de 25.912,71 euros

2.4. Quant à l'amende

2.4.1. Quant au régime de l'amende administrative

Concernant le régime légal de l'amende administrative, les mesures prévues à l'article 142, §1^{er} de la loi SSI coordonnée le 14 juillet 1994 sont d'application, à savoir :

- pour les griefs n°1 et n°2 (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 du remboursement (article 73bis, 1° et article 142, § 1^{er}, 1° , de la loi coordonnée le 14 juillet 1994) ;
- pour les griefs n°3 à 5 (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 du remboursement (article 73bis, 2° et article 142, §1^{er}, 2°, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994).

2.4.2. Quant à l'amende administrative

2.4.2.1. Argumentation du Dr A.:

A titre principal, les conseils du Docteur A. demandent qu'il soit pris acte du fait que le Docteur A. a procédé au remboursement volontaire du montant de 25.912,71 euros et qu'il ne lui soit pas infligé d'amende, le remboursement volontaire qu'elle a effectué étant suffisant comme sanction.

Il est également soulevé que le Docteur A. étant en incapacité de travail, elle n'est pas en mesure de se défendre.

Enfin, une amende n'est pas nécessaire comme le Docteur A. ne travaillera plus jamais comme médecin généraliste.

Le Docteur A. n'a pas d'antécédent au niveau du SECM, au niveau judiciaire et au niveau déontologique.

A titre subsidiaire, si une amende devait être infligée, il est demandé que celle-ci soit la plus basse possible et qu'il lui soit accordé la faveur du sursis.

2.4.2.2. Position du SECM :

-Quant au moyen relatif au remboursement volontaire de l'indu effectué par le Docteur A. qui serait suffisant comme sanction :

Si le remboursement volontaire effectué peut être pris en compte comme un élément en faveur du Docteur A., il y a lieu de rappeler que deux des cinq griefs reprochés se rapportent à des prestations non effectuées pour lesquelles l'article 142,1° de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 prévoit l'application des mesures suivantes :

« 1°le remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé **et** une amende comprise entre 50% et 200 % du montant du remboursement en cas d'infraction aux dispositions de l'article 73 bis, 1°. ».

Il en résulte que, pour les deux premiers griefs reprochés qui sont considérés comme étant fondés, l'amende est obligatoire.

Le remboursement volontaire du montant indu par le Docteur A. a néanmoins été pris en considération dans le cadre de l'examen du taux de l'amende se rapportant à ces griefs.

Cet élément a également été pris en compte dans le cadre des autres griefs de non-conformité. Néanmoins, le service a estimé, sur la base des éléments repris ci-dessous, qu'il y avait lieu de prononcer une amende.

-Quant au moyen portant sur l'incapacité de travail du Docteur A. qui entrainerait une incapacité à se défendre :

Le service estime qu'être en incapacité de travail n'entraîne pas, de facto, une incapacité à se défendre.

Les pièces produites dont les certificats faisant état d'un syndrome anxio-dépressif (burn out) ne suffisent pas pour en déduire que le docteur A. est dans l'impossibilité absolue de se défendre.

Le Docteur A. a quitté le centre psychiatrique dans lequel elle était soignée depuis le 11 juin 2021 pour poursuivre son traitement à domicile, sa situation médicale paraît dès lors s'être améliorée.

Le Docteur A. s'est faite représenter par des conseils par l'intermédiaire desquels elle a transmis des moyens de défense. Elle est donc représentée par des conseils, chez qui elle a élu domicile, qui peuvent assurer sa défense.

Enfin, sauf à faire état d'une mesure de protection judiciaire prise concernant le Docteur A., sur la base des articles 491 et suivants du Code civil, le Docteur A. doit être considérée comme étant capable d'un point de vue civil. Elle doit donc être considérée comme à même d'exercer ses droits et ses devoirs elle-même et de façon autonome tant concernant sa personne que ses biens.

Il n'y a dès lors aucune violation de ses droits de la défense.

-Quant au moyen selon lequel l'amende n'est pas nécessaire comme le Docteur A. ne travaillera plus jamais comme médecin généraliste.

Le service relève que ce n'est pas parce que le Docteur A. a fermé son cabinet à ... qu'elle ne peut plus décider d'attester des soins de santé. En effet, le service note que, dans la base de données My portal Back office, le Docteur A. est toujours renseignée comme étant active.

Tant que Madame A. conserve son numéro INAMI, elle a la possibilité d'attester des soins et/ou de prescrire des traitements.

Données personnelles anonymisées.

Ce moyen ne peut donc être pris en considération pour ne pas lui infliger de sanction.

2.4.2.3 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 soins.

En attestant des prestations alors qu'elle 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.

Compte tenu de son expérience (diplôme de Docteur en médecine depuis 1983 et inscrite à l'INAMI depuis 1987), de la clarté de la nomenclature, du nombre de prestations (235 prestations), de la durée de la période infractionnelle (prestations introduites aux organismes assureurs du 04/09/2018 au 01/02/2021), du montant de l'indu (9005,09 €), 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 du grief de prestations non effectuées une amende administrative de 150 % du montant indu à rembourser (LC 14/07/1994, art. 142, §1^{er}, 1^o), soit 13.507, 63 € (indu de 9005,09 €).

Toutefois, l'article 157, §1^{er} 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.

Il convient de tenir compte, non seulement des éléments rappelés ci-dessus, mais aussi de l'absence d'antécédents dans le chef de l'intéressée et du remboursement total de l'indu. Cela justifie que la sanction soit assortie d'une mesure de sursis partiel dans la mesure précisée ci-après.

Concernant l'attestation de prestations non conformes, le législateur a encadré de manière très précise les possibilités d'attester des soins médicaux, afin d'éviter les abus qui pourraient découler d'une appréciation souple et extensive des conditions fixées par la Nomenclature.

Les règles de la Nomenclature des prestations de santé sont de stricte interprétation et doivent être appliquées rigoureusement¹ 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 soins².

Le respect des conditions posées par la nomenclature, concernant le dossier médical global ou encore l'application du bon code de nomenclature concernant notamment les visites à domicile des patients, est 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 règles entourant les prestations relatives au dossier médical global ou encore celles encadrant les visites à domicile des patients, le Docteur A. a manqué à ses obligations légales en tant que dispensateur de soins.

Dans ces conditions, au regard notamment de l'expérience professionnelle du Docteur A. (diplômé depuis 1983 et inscrite à l'INAMI depuis 1987), de la clarté de la Nomenclature, du montant élevé de l'indu (16.907,62 euros), du nombre élevé de prestations (933 prestations) et de la durée de la période infractionnelle (prestations introduites aux organismes assureurs du 04/09/2018 au 28/02/2021), il est justifié de prononcer à l'encontre du Docteur 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^{er}, 2^o), soit 16.907,62 euros (indu de 16.907,62 euros).

Toutefois, l'article 157, §1^{er} 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.

Il convient de tenir compte, non seulement des éléments rappelés ci-dessus, mais aussi de l'absence d'antécédents dans le chef de l'intéressée et du remboursement total de l'indu. Cela justifie que la sanction soit assortie d'une mesure de sursis partiel dans la mesure précisée ci-après.

Il est dès lors justifié de prononcer dans le chef du Docteur A. :

- pour les griefs n°1 et 2 (prestations non effectuées), une amende administrative de 150 % du montant des prestations induit attestées à charge de l'assurance

¹ Cass. 20/11/2017, C.15.0213.N

² C.arb, 30/01/2002, n°26/2002; c.arb, 12/06/2002, n°98/2002; c.arb 12/03/2003, n°31/2003; C.const. 31/01/2019, n°15/2019.

soins de santé (LC 14.07.1994, art. 142, §1^{er}, 1^o), soit 13.507, 63 €, dont la moitié avec sursis soit une amende effective de 6.753, 81 euros

- pour les griefs n°3 à 5 (prestations non conformes), une amende administrative de 100 % du montant des prestations indument attestées à charge de l'assurance soins de santé (LC 14.07.1994, art. 142, §1^{er}, 2^o), soit 16.907,62 €, dont 1/4 en amende effective (4.226, 90 euros) et 3/4 en amende assortie d'un sursis de trois ans (12.680,71 euros).

PAR CES MOTIFS,

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

APRES EN AVOIR DELIBERE,

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

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">- Déclare les cinq griefs établis ;- Condamne le Docteur A. à rembourser la valeur des prestations indues s'élevant à 25.912,71 euros ;- Constate que le Docteur A. a remboursé une somme de 25.912,71 euros ;- Condamne le Docteur A. à payer une amende de 150 % du montant des prestations indument attestées à charge de l'assurance soins de santé (LC 14.07.1994, article 142§1^{er}, 1^o) soit 13.507,63 euros dont la moitié en amende effective (6.753,81 euros) et l'autre moitié en amende assortie d'un sursis de trois ans (6.753,81 euros).- Condamne le Docteur A. à payer une amende de 100 % du montant des prestations indument attestées à charge de l'assurance soins de santé (LC 14.07.1994, article 142 §1^{er}, 2^o) soit 16.907,62 euros dont ¼ en amende effective (4.226,90 euros) et ¾ en amende assortie d'un sursis de trois ans (12.680,71 euros)- 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 (date de la signature)

Le Fonctionnaire-dirigeant,