

**DECISION DU FONCTIONNAIRE-DIRIGEANT DU 18 AVRIL 2024
BRS/F/24-001**

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

S.C. « B » à partir du 25/06/2020

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 (voir pour le détail la note de synthèse) 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. Grief 1 – Prestations Non Effectuées / Potentiels évoqués (PVC relatif aux prestations attestées sous son propre numéro de tiers payant)

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'art. 73 bis 1° de la Loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 (Loi SSI).

En l'espèce, il s'agit de prestations de l'article 14, i) de la nomenclature des prestations de santé portées en compte au nom de 23 assurés alors qu'elles n'ont pas été réalisées.

Les prestations retenues à grief ont été attestées du 07/02/2019 au 13/03/2021 et introduites auprès des organismes assureurs du 06/03/2019 au 08/04/2021.

1.1.1. Base légale du grief

La base réglementaire s'appuie sur le principe général qui veut que les prestations ne sont remboursables par l'ASSI 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 1^{er} de la loi SSI.

1.1.2. Prestations en cause

N°DE CODE DE LA PRESTATION	LETTRE-CLÉ ET COEFFICIENT	LIBELLÉ	DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR
257795	K75	Potentiels cérébraux évoqués par stimulation auditive et/ou examen électrocochléographique, avec protocole et extraits des tracés	01/02/2016

1.1.3. Argumentation

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

- L'analyse des données informatisées transmises par les OA ;
- L'audition du Dr A. en date du 30/07/2021.

Dans son audition du 30/07/2021, le Dr A. déclare qu'il lui est arrivé, avant le 01/07/2018, d'effectuer au maximum 1x/an des potentiels évoqués auditifs à sa consultation privée, en reprenant chez lui le matériel portable prêté par un confrère, mais qu'après cette date, ce n'est plus arrivé.

1.1.4. Conclusion

En conséquence, le SECM reprend ces prestations comme non effectuées.

Ce grief concerne 23 assurés pour 30 prestations (ventilation, voir tableau ci-dessous) pour la période de prestations du 07/02/2019 au 13/03/2021 et d'introduction aux OA du 06/03/2019 au 08/04/2021 à concurrence d'un indu de 2.680 €.

1.2. Grief 2 : Prestations non effectuées – prestations attestées à des dates où aucun contact avec le patient n'est retrouvé dans le dossier et dont la réalisation ne peut être démontrée (PVC relatif aux prestations attestées sous son propre numéro de tiers payant)

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'art. 73bis 1° de la Loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 (Loi SSI).

En l'espèce, il s'agit de prestations des articles 2. - B, 11. - §1er et 14, i) de la nomenclature des prestations de santé (NPS) portées en compte au nom de 56 assurés (consultations privées + consultations concernant des assurés habituellement vus dans le cadre du CHR) attestées sur le tiers-payant du Dr A. et au moyen d'ASD papier (type de paiement 4), alors qu'il n'y aucune démonstration d'un quelconque contact avec les patients concernés aux dates où ces prestations ont été attestées (consultation privée + consultations concernant des assurés habituellement vus dans le cadre du CHR).

1.2.1. Base légale du grief

La base réglementaire s'appuie sur le principe général qui veut que les prestations ne sont remboursables par l'ASSI 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, al. 1^{er} de la loi SSI.

1.2.2. Prestations en cause

N°DE CODE DE LA PRESTATION	LETTRE CLÉ ET COEFFICIENT	LIBELLÉ	DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR
101290	N 9 / Q 30	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en chirurgie, en oto-rhino-laryngologie ou en médecine physique et en réadaptation, accrédité, y compris un rapport écrit éventuel au médecin traitant	01/09/2017
351035	K 30	Trachéo- et/ou laryngoscopie, avec ou sans prélèvement biopsique	01/10/2008
255010	K 22	Audiométrie tonale ou vocale réalisée en chambre insonore	01/02/2016
255054	K 26	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	01/02/2016
258510	K 60	Endoscopie d'un ou plusieurs sinus, avec ou sans prélèvement biopsique, avec ou sans manométrie	01/02/2016
257471	K 70	Drainage prothétique transtympanal uni ou bilatéral	01/02/2016
257633	K 60	Examen labyrinthique : épreuves caloriques et rotatoires avec enregistrement nystagmographique et protocole	01/02/2016
258274	K 40	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	01/02/2016
257795	K 75	Potentiels cérébraux évoqués par stimulation auditive et/ou examen électrocochléographique, avec protocole et extraits des tracés	01/02/2016
257736	K 12	Impédance-métrie du tympan, de l'oreille moyenne et de la chaîne ossiculaire, avec protocole et tympanogramme, y compris le réflexe stapédien éventuel	01/02/2016
258812	K 6,75	Tympanoscopie uni- ou bilatérale au moyen d'un microscope binoculaire stéréoscopique à agrandissement multiple d'au moins 10 fois	01/02/2016
258834	K 20	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	01/02/2016

1.2.3. Argumentation

Le grief se fonde sur :

- l'analyse des données informatisées transmises par les OA ;
- l'audition du Dr A. en date du 30/07/2021 ;
- le mail du Dr A. dans le décours de l'audition, en date du 09/08/2021 ;
- l'audition du Dr C., directeur médical du ..., en date du 25/11/2021;
- l'analyse des dossiers médicaux des assurés de la consultation privée du Dr A. ;
- l'analyse des dossiers médicaux des assurés consultant le Dr A. dans le cadre du ... ;
- les auditions de certains assurés ;
- les réponses de certains assurés au questionnaire envoyé par le SECM ;
- le planning des consultations du Dr A. au ... concernant la période à grief ;
- l'agenda des absences du Dr A. sur la période à grief.

Déclaration de portée générale pour le grief

Lors de son audition du 30/07/2021, le Dr A. déclare que les patients qui ont l'habitude de le consulter à l'hôpital ... ne sont jamais venus à son privé. Il n'y a que quelques patients du ...qui se rendent à sa consultation privée, à son domicile à ... dont il donne la liste dans son mail du 09/08/2021 :

« parmi les patients qui vient de ... j'ai trouver Monsieur D., Monsieur E., Monsieur F., Madame G., Monsieur H., Madame I, Madame J, Madame K, Monsieur L. ».

Aucun d'entre eux n'est concerné par le présent grief.

Le grief concerne des prestations que le Dr A. porte en compte à des dates où aucun contact-patient n'est retrouvé dans le dossier médical des assurés.

Ces prestations concernent :

- des assurés qui consultent habituellement le Dr A. au ..., dont certains ont été auditionnés. Les prestations visées sont attestées sur le numéro de tiers payant du Dr A. en type de paiement 4 (tiers payant papier) alors que, pour eux, les prestations effectuées à l'hôpital sont, normalement, attestées sur le numéro de tiers payant de l'hôpital et correspondent à un type de paiement 3 (paiement direct) ou 5 (tiers payant électronique) ;
- des assurés consultant le Dr A. à son cabinet privé. Les prestations visées sont attestées soit en l'absence de consultation, soit avec une consultation attestées elle aussi en type de paiement 4 alors que ce sont des assurés qui règlent, habituellement, la consultation en paiement direct (type de paiement 3).

Pour chacun des assurés concernés par ce grief, le SECM dispose d'un dossier médical. Ces dossiers ont été remis au service :

- par le Dr A. lui-même, en date du 30/07/2021 (date de l'audition à son domicile et cabinet privé), pour les assurés consultant au cabinet privé;
- par l'hôpital de ..., pour les assurés consultant le Dr A. dans le cadre du

Des auditions de patients ne consultant le Dr A. que dans le cadre du ..., il ressort clairement que les prestations portées en compte sur le tiers payant du prestataire au moyen d'ASD papier (type de paiement 4) n'ont pas été effectuées.

La consultation des dossiers de ces patients permet de constater qu'il n'est pas possible de retrouver aucune trace ni des consultations, ni des examens complémentaires concernés (sauf à une seule reprise, le 15/07/19 et pour une seule patiente sur 16 – Madame M. pour laquelle certaines prestations attestées en type de paiement 4 sont identifiées dans le dossier médical).

Lors de l'audition du 30/07/2021, le Dr A. a même certifié, à plusieurs reprises, n'avoir pas examiné certains patients dont les prestations furent passées en revue avec lui, aux dates où il avait cependant porté en compte des prestations comme indiqué plus haut (type de paiement 4).

En outre, ces prestations, soit ne se retrouvent pas dans le planning des consultations (cfr planning des consultations du Dr A. remis par le ... »), soit s'y trouvent mais avec la

mention : « PVN » qui signifie que le patient n'est pas venu à la consultation, ou la mention « ANN » pour annulé.

À noter que ces prestations sont, pour certaines, portées en compte des jours où le Dr A. n'a pas de consultations dans le cadre de ... (jeudis et vendredis – jours où il n'y a pas de techniciennes, cfr audition du Dr C.) ou est absent (cfr absences du Dr A. fournies par le ... ») et alors que ces patients ne consultent jamais le Dr A. en dehors du ... (cfr auditions des assurés et audition du Dr A.).

Il convient de remarquer que la presque totalité des prestations incriminées sont placées quelques jours après une consultation attestée en 3 ou 5 (avec les examens complémentaires qui l'accompagnent) et ce, malgré que le Dr A. revoit, en général, la plupart de ces patients de façon assez rapprochée et régulière.

Enfin, on ne peut que s'interroger sur l'intérêt qu'il y aurait, pour le patient, à pratiquer des examens dont aucune trace n'est conservée.

1.2.4. Conclusion

Ce grief concerne 56 assurés pour 1.249 prestations (ventilation, voir tableau ci-après) pour la période de prestations du 18/01/2019 au 01/04/2021 et d'introduction aux OA du 28/02/2019 au 14/05/2021 à concurrence d'un indu de 35.779,79 €.

1.3. Grief 3 : Prestations Non Effectuées / Extrapolation (PVC relatif aux prestations attestées sous son propre numéro de tiers payant)

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'art. 73 bis 1° de la loi SSI.

En l'espèce, il s'agit de prestations des articles 2. - B, 11. - §1^{er} et 14, i) de la nomenclature des prestations de santé (NPS) portées en compte au nom de 2.518 assurés.

1.3.1. Base légale du grief

La base réglementaire s'appuie sur le principe général qui veut que les prestations ne sont remboursables par l'ASSI 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 1^{er} de la Loi SSI.

En outre, la méthode de l'extrapolation légale prévue à l'article 146, §2/1 de la loi SSI a été utilisée.

1.3.2. Prestations en cause

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)

N°DE CODE DE LA PRESTATION	LETTRE CLÉ ET COEFFICIENT	LIBELLÉ	DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR
101290	N 9 / Q 30	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en chirurgie, en oto-rhino-laryngologie ou en médecine physique et en réadaptation, accrédité, y compris un rapport écrit éventuel au médecin traitant	01/09/2017
255010	K 22	Audiométrie tonale ou vocale réalisée en chambre insonore	01/02/2016
255054	K 26	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	01/02/2016
257736	K 12	Impédance-métrie du tympan, de l'oreille moyenne et de la chaîne ossiculaire, avec protocole et tympanogramme, y compris le réflexe stapédien éventuel	01/02/2016
258274	K 40	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	01/02/2016
258812	K 6,75	Tympanoscopie uni- ou bilatérale au moyen d'un microscope binoculaire stéréoscopique à agrandissement multiple d'au moins 10 fois	01/02/2016
258834	K 20	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	01/02/2016
351035	K 30	Trachéo- et/ou laryngoscopie, avec ou sans prélèvement biopsique	01/10/2008

1.3.3. Argumentation

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

- l'analyse des données informatisées transmises par les OA ;
- l'audition du Dr A. en date du 30/07/2021 ;
- les auditions de certains assurés ;
- l'analyse des dossiers médicaux d'une liste de 50 assurés ayant fait l'objet d'un tirage aléatoire ;
- méthode de vérification par échantillonnage et extrapolation conformément à l'article 146§2/1 de la loi ASSI coordonnée le 14 juillet 1994.

Les éléments rassemblés pour les 48 assurés du grief précédant qui consultent habituellement le Dr A. dans le cadre du ..., démontrent l'existence d'un mode de fonctionnement particulier et systématique dans le chef du prestataire.

Les dossiers médicaux de 50 assurés, ayant fait l'objet d'un tirage aléatoire, ont été demandés au ... pour être analysés en détail.

Cette analyse a permis au SECM de constater que la presque totalité des prestations portées en compte en type de paiement 4 (sur le numéro de tiers payant du prestataire et via des attestations papiers) alors qu'elles concernent des assurés consultant habituellement le Dr A. dans le cadre du ... (où les prestations auraient dû être portées en compte en type de paiement 5 – tiers payant de l'hôpital via tarification électronique) sont attestées à des dates où aucun contact n'est mentionné dans le dossier.

En effet, l'examen du listing des consultations du Dr A. enregistrées sur la période à grief et dont le ... a remis une copie au SECM, montre l'absence de consultations enregistrées lorsque les prestations sont portées en compte en tiers payant 4, d'autant que ces prestations sont aussi, pour certaines, attestées des jours (jeudis et vendredis) où le Dr

A. n'a pas de consultations programmées voire, des jours où il est absent (cfr planning des absences du Dr A. transmis par le ...).

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

La base de sondage se compose de 20.587 cas des 8 prestations suivantes facturées en tiers payant prestataire via le circuit papier (type de paiement '4') et reçues par les organismes assureurs du 30/4/2019 au 30/4/2021:

CODE NPS	LIBELLÉ COURT	PRESTATIONS		MONTANTS	
		NOMBRE	%	€	%
101290	CONS.CAB.SPEC@.ACR	3.001	14,58%	€ 78.437,40	14,76%
255010	AUDIO EN CHAMBRE INS	2.260	10,98%	€ 59.288,77	11,15%
255054	AUDIO AVEC TESTS COM	1.352	6,57%	€ 44.593,90	8,39%
257736	IMPEDANCE METR	4.618	22,43%	€ 66.989,96	12,60%
258274	STROB.CORD.VOC	1.546	7,51%	€ 89.442,98	16,83%
258812	TYMPANOSCOPIE UNI OU	2.475	12,02%	€ 22.527,35	4,24%
258834	ENDOSCOPIE NASALE	1.928	9,37%	€ 51.586,15	9,70%
351035	TRACHEOSC+/LARYNG	3.407	16,55%	€ 118.679,00	22,33%
TOTAUX		20.587		€ 531.545,51	

Cette base de sondage comporte en outre 2.562 bénéficiaires différents (dont 44 concernés par le grief 2 – NE et qui sont retirés du calcul global – cfr calcul ci-dessous) et 5.379 « contacts » (combinaisons bénéficiaire-date de prestation). Les nombres de dates de prestation par bénéficiaire dans la base de sondage varient de 1 à 31, et leurs nombres de prestations de 1 à 117. Le montant total des remboursements concernés est de 531.545,51 €.

- Un tirage aléatoire de 50 bénéficiaires fût effectué et toutes les prestations sont incluses dans l'échantillon à vérifier. Cela équivaut à un échantillonnage en clusters (« grappes ») où chaque bénéficiaire représente un cluster de prestations et chaque prestation individuelle a la même probabilité que le bénéficiaire correspondant d'être incluse dans l'échantillon. Ici, il s'agit d'une probabilité de sélection égale de $50/2.562 = 0,0195$ pour chaque bénéficiaire et, par conséquent, pour chaque prestation de la base de sondage. Le tirage a été réalisé en SAS/STAT 15.1 en utilisant la procédure SURVEYSELECT de la manière décrite page 26 de la note de synthèse.

Cette procédure tire un échantillon de N=50 enregistrements du jeu de données BASE_BENEF qui est une liste des 2.562 bénéficiaires de la base de sondage dans laquelle la variable Total indique le nombre de prestations, tous codes confondus, de chaque bénéficiaire. Avant le tirage, cette liste est triée par Numéro d'Identification à la Sécurité Sociale (NISS) du bénéficiaire afin d'obtenir un ordre unique et reproductible.

L'application de METHOD=SEQ (« Sequential Random Sampling », voir par exemple Fan, Muller et Rezuca, 1962) en combinaison avec la commande CONTROL Total aide à obtenir une distribution représentative des nombres de prestations par bénéficiaire dans l'échantillon, sans pour cela affecter son caractère aléatoire.

Concrètement, la méthode appliquée choisit un point de départ aléatoire dans la liste ordonnée des 2.562 bénéficiaires et à partir de là, la divise en 50 zones de bénéficiaires consécutifs. Ensuite, un bénéficiaire par zone est sélectionné aléatoirement. Cela signifie que chaque bénéficiaire conserve sa probabilité égale de $50/2.562 = 0,0195$ d'être inclus dans l'échantillon, tandis que le tirage en zones donnera une répartition du nombre de prestations représentative de la base de sondage.

L'option OUTSEED demande de sauvegarder la *graine aléatoire* (une valeur pseudo-aléatoire qui change à chaque exécution du programme et produit chaque fois un échantillon différent) dans une colonne des données de l'échantillon ECHANT_BENEF.

On peut reproduire le tirage en SAS/STAT 15.1 en utilisant le même jeu de données BASE_BENEF et en ajoutant le paramètre SEED=817322001 à la procédure ci-dessus. Cela fixera la valeur de la graine aléatoire à celle sélectionnée aléatoirement au moment du tirage initial, et reproduira toujours notre échantillon au lieu de tirer un nouvel échantillon aléatoire à chaque exécution.

Ensemble, les 50 bénéficiaires sélectionnés ont 105 contacts et 409 prestations pour un montant total en remboursements de 10.872,16 €. Les nombres de contacts des bénéficiaires sélectionnés varient de 1 à 12, et leurs nombres de prestations de 2 à 55.

Malgré le fait que la procédure de tirage ne contrôlait pas explicitement pour les différents codes de nomenclature, les 8 prestations de la base de sondage sont bien représentées de manière proportionnelle dans l'échantillon obtenu :

CODE NPS	LIBELLÉ COURT	PRESTATIONS		MONTANTS	
		NOMBRE	%	€	%
101290	CONS.CAB.SPEC@.ACR	62	15,16%	€ 1.616,67	14,87%
255010	AUDIO EN CHAMBRE INS	46	11,25%	€ 1.233,23	11,34%
255054	AUDIO AVEC TESTS COM	30	7,33%	€ 981,59	9,03%
257736	IMPEDANCE METR	86	21,03%	€ 1.266,35	11,65%
258274	STROB.CORD.VOC	35	8,56%	€ 2.027,99	18,65%
258812	TYMPANOSCOPIE UNI OU	48	11,74%	€ 442,89	4,07%
258834	ENDOSCOPIE NASALE	33	8,07%	€ 908,42	8,36%
351035	TRACHEOSC+/LARYNG	69	16,87%	€ 2.395,02	22,03%
TOTAUX		409		€ 10.872,16	

- Au moyen de vérification des dossiers des bénéficiaires concernés, il a pu être démontré que 401 des 409 remboursements (98,0440%) dans l'échantillon étaient indus.
- Sur base du pourcentage d'indu dans l'échantillon, un intervalle de confiance unilatéral de 97,5% pour la proportion d'indu dans l'ensemble de la base de sondage fut ensuite calculé.

Le but de ce calcul est de déterminer une valeur limite inférieure pour laquelle le risque qu'il s'agisse encore d'une surestimation de la proportion réelle de remboursements indus dans la base de sondage sera réduit à moins de 2,5% comme le prescrit l'art. 146, § 2/1 de la loi SSI coordonnée le 14 juillet 1994.

La procédure pour obtenir cette borne inférieure en SAS/STAT 15.1 est décrite page 27 de la note de synthèse.

Le jeu de données RESULT contient un enregistrement pour chacune des 409 prestations de l'échantillon où la variable Indu prend la valeur 1 pour les 401 cas indus et 0 pour les autres.

La commande CLUSTER précise que les observations sont regroupées par bénéficiaire en utilisant leur NISS, de sorte que le calcul de la borne inférieure tienne compte des interdépendances statistiques des prestations appartenant à un même bénéficiaire.

La commande TABLES produira un tableau avec un intervalle de confiance bilatéral à 95% (ALPHA=.05; CL signifie *confidence limits*) pour la proportion d'indu. La borne inférieure de cet intervalle équivaut à la valeur limite recherchée, celle d'un intervalle de

confiance unilatéral de 97,5%. Au bénéfice du prestataire, les formules très conservatrices du type Clopper-Pearson sont utilisées pour limiter le plus strictement possible le risque de surestimation aux 2,5% stipulés par la loi (voir Clopper & Pearson, 1934; Korn & Graubard, 1998).

Cette procédure procure une borne inférieure estimée de 89,7582% pour le pourcentage d'indu dans l'ensemble de la base de sondage.

Extrapolation

Le montant total faisant l'objet de l'extrapolation est de 531.545,51 €.

À noter que :

Le SECM en retire le montant des prestations attestées sous le numéro de tiers payant du Dr A. (type de paiement 4) dans le grief 2 – NE (26.425,68 € pour 934 prestations – cfr tableau ci-dessous, à la suite du calcul) ;

Par contre, pour ce qui est des deux seuls assurés de la liste du Dr A. (cfr p.115) identifiés par lui comme étant des assurés du ... qui le consultent aussi à son privé, ils ont été maintenus dans le panel des assurés objet de l'extrapolation puisque le profil des prestations attestées à leur nom correspond aux prestations identifiées comme suspectes : une consultation en type de paiement 3 ou 5 suivie quelques jours plus tard d'une série d'examens complémentaires portés en compte sous le numéro de tiers payant du Dr A. (type de paiement 4).

Le **montant corrigé** pour l'extrapolation est donc :

$$531.545,51 \text{ €} - 26.425,68 \text{ €} = \mathbf{505.119,83 \text{ €}}$$

L'application de la borne inférieure donne un indu estimé de :

$$(531.545,51 \text{ €} - 26.425,68 \text{ €} = 505.119,83) \times 0,897582 = \mathbf{453.386,467 \text{ €}}$$

Et l'infraction est constatée pour 17.640 prestations :

$$(20.587 - 934 = 19.653) \times 0,897582 = \mathbf{17.640,179}$$

Le détail des prestations reprises comme non effectuées dans le grief 2 et retirées du présent calcul en tenant compte des dates d'introduction considérées dans le présent grief figure page 29 de la note de synthèse.

Il est renvoyé aux pages 29 et suivantes de la note de synthèse relativement à l'échantillon et la base de sondage.

Tant pour la position et la justification du dispensateur de soins que pour la position du SECM, il est renvoyé au grief précédent.

1.3.4. Conclusion

Ce grief concerne 2.518 assurés pour 17.640 prestations pour la période de prestations du 03/01/2019 au 25/03/2021 et d'introduction aux OA du 30/04/2019 au 30/04/2021 à concurrence d'un indu de 453.386,47 €.

Base de sondage – Liste des 8 prestations concernées (voir plus haut) attestées en tiers-payant prestataire sur la période du 30/4/2019 au 30/4/2021 (date de réception) reprise dans l'annexe (Réf. : 2019-000699-C-02-000-00001-0761) jointe au PVC 1.

1.4. Grief 4 : prestations non effectuées / incohérence entre prestations décrites dans le protocole opératoire et prestations attestées (PVC relatif aux prestations attestées sous le numéro de tiers payant du ...

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'art. 73bis 1° de la Loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 (Loi SSI).

En l'espèce, il s'agit de prestations des articles 11. - §1er et 14, i) de la nomenclature des prestations de santé (NPS) dont le Dr A. a permis qu'elles soient portées en compte à l'ASSI au nom de 27 assurés, alors qu'elles n'ont pas été réalisées.

1.4.1. Base légale du grief

La base réglementaire s'appuie sur le principe général qui veut que les prestations ne sont remboursables par l'ASSI 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 1^{er} de la Loi SSI (cf note de synthèse p. 12).

1.4.2. Prestations en cause

Ce grief concerne :

- des interventions au niveau des sinus alors que le protocole opératoire détaillé ne correspond pas à ce qui a été attesté ;
- des examens complémentaires (audiométrie, impédancemétrie, tympanoscopie) attestés sur le tiers payant du ..., le lendemain d'une intervention combinée (redressement de cloison nasale + turbinectomie). Cela concerne 6 assurés : Monsieur N., Madame O., Monsieur P., Monsieur Q., Madame R. et Monsieur S. Pour l'un d'eux (Monsieur N.), le Dr A. déclare lors de son audition du 30/07/2021 qu'il trouve « bizarre » d'attester une audiométrie le lendemain d'une intervention.

N°DE CODE DE LA PRESTATION	LETTRE CLÉ ET COEFFICIENT	LIBELLÉ	DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR
254763	K 180	Traitement chirurgical complet unilatéral de la pathologie inflammatoire du sinus maxillaire	01/02/2016
254785	K 180	Traitement chirurgical complet unilatéral de la pathologie inflammatoire du sinus ethmoïdal	01/02/2016
254822	K 180	Traitement chirurgical complet unilatéral de la pathologie inflammatoire du sinus frontal	01/02/2016
254844	K 250	Traitement chirurgical complet unilatéral de la pathologie inflammatoire de deux sinus	01/02/2016
254866	K 300	Traitement chirurgical complet unilatéral de la pathologie inflammatoire de trois ou quatre sinus	01/02/2016

255065	K 26	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	01/02/2016
257740	K 12	Impédance-métrie du tympan, de l'oreille moyenne et de la chaîne ossiculaire, avec protocole et tympanogramme, y compris le réflexe stapédien éventuel	01/02/2016
258823	K 6,75	Tympanoscopie uni- ou bilatérale au moyen d'un microscope binoculaire stéréoscopique à agrandissement multiple d'au moins 10 fois	01/02/2016
351046	K 30	Trachéo- et/ou laryngoscopie, avec ou sans prélèvement biopsique	01/02/2016

Le libellé de l'article 15, §1, 3, 4 et 14 de la Nomenclature est repris page 41 de la note de synthèse.

1.4.3. Argumentation

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

- l'audition du Dr A. en date du 30/07/2021 ;
- l'analyse des dossiers médicaux des assurés qui consultent le Dr A. dans le cadre du ;
- les auditions de certains assurés ;
- le planning des consultations du Dr A. au ... sur la période à grief ;
- l'agenda des absences du Dr A. sur la période à grief.

1.4.4. Conclusion

Ce grief concerne 27 assurés pour 52 prestations (ventilation, voir tableau ci-dessous) pour la période de prestations du 18/01/2019 au 17/07/2020 et d'introduction aux Organismes Assureurs du 28/02/2019 au 16/09/2020, à concurrence d'un indu de 12.665,90 €.

1.5. Grief 5 : prestations non conformes / absence de traçabilité (grief 4 du PVC relatif aux prestations attestées sous son propre numéro de tiers payant et grief 2 du PVC relatif aux prestations attestées sous le numéro de tiers payant du ...

Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer les documents réglementaires précités lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans la présente loi, dans ses arrêtés et règlements d'exécution, dans les conventions et accords conclus en vertu de cette même loi et/ou lorsque des prestations visées à l'article 34 ont été prescrites durant une période d'interdiction temporaire ou définitive d'exercice de la profession

Infraction visée à l'art. 73 bis 2° de la Loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 (Loi SSI).

En l'espèce, il s'agit de prestations de l'article 2. – B, de l'art.3 - §1^{er}, de l'art.11 - §1^{er}, de l'art. 14 – i) et de l'art.26 de la NPS ; portées en compte au nom de 62 patients (consultations privées + consultations concernant des assurés habituellement vus dans le cadre du ...) alors qu'elles ne sont pas conformes aux exigences de la nomenclature dans la mesure où ces prestations ne sont même pas mentionnées et où il n'y a aucune trace de celles-ci (notes, rapport, tracé ou mesures) dans le dossier médical de sorte que celui-ci ne peut démontrer l'exécution de la prestation reprochée.

Ce grief est reproché dans les deux PVC (cf note de synthèse).

1.5.1. Base réglementaire du grief

La base réglementaire de ce grief repose sur l'article 1^{er}, §8 de l'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) (cf note de synthèse, p.45).

1.5.2. Prestations en cause

N°DE CODE DE LA PRESTATION	LETTRÉ CLÉ ET COÉFFICIENT	LIBELLÉ	DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR
101290	N 9 / Q 30	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en chirurgie, en oto-rhino-laryngologie ou en médecine physique et en réadaptation, accrédité, y compris un rapport écrit éventuel au médecin traitant	01/09/2017
144535	K 10	Paracenthèse du ou des tympans	01/04/1985
144572	K 25	Ablation ou électrocoagulation de polypes du nez, par narine et par cure	01/04/1985
254973	K 11	Supplément pour audiométrie vocale lorsque celle-ci est exécutée en même temps qu'une audiométrie tonale	01/02/2016
255010	K 22	Audiométrie tonale ou vocale réalisée en chambre insonore	01/02/2016
255054	K 26	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	01/02/2016
255791	K 20	Prélèvement biopsique endonasal	01/04/1985
255813	K 20	Extraction de corps étrangers du nez	01/02/2016
257530 - 257541	K 20	Aspiration de cholestéatome sous microscope	01/02/2016
257633	K 60	Examen labyrinthique : épreuves caloriques et rotatoires avec enregistrement nystagmographique et protocole	01/02/2016
257736 - 257740	K 12	Impédance-métrie du tympan, de l'oreille moyenne et de la chaîne ossiculaire, avec protocole et tympanogramme, y compris le réflexe stapédien éventuel	01/02/2016
257795	K 75	Potentiels cérébraux évoqués par stimulation auditive et/ou examen électrocochléographique, avec protocole et extraits des tracés	01/02/2016
257913	K 20	Etude rhinomanométrique de la perméabilité des deux fosses nasales avec mesure des débits et des pressions avec graphique et protocole	01/02/2016
258274	K 40	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	01/02/2016
258296	K 30	Examen du fonctionnement cochléaire par enregistrement des otoémissions spontanées et/ou provoquées	01/02/2016
258510	K 60	Endoscopie d'un ou plusieurs sinus, avec ou sans prélèvement biopsique, avec ou sans manométrie	01/02/2016
258812 – 258823	K 6,75	Tympanoscopie uni- ou bilatérale au moyen d'un microscope binoculaire stéréoscopique à agrandissement multiple d'au moins 10 fois	01/02/2016
258834	K 20	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	01/02/2016
351035	K 30	Trachéo- et/ou laryngoscopie, avec ou sans prélèvement biopsique	01/02/2016
353231	K 26,47	Ablation ou destruction, quel que soit le procédé (cure chirurgicale, électrocoagulation), de tumeurs superficielles de toute nature de la peau ou des muqueuses ou de toutes autres lésions non traumatiques directement accessibles, par cure	01/01/2012
599594	K 60	Supplément d'honoraires pour les prestations urgentes effectuées pendant la nuit ou le week-end ou durant un jour férié: Pour les prestations dont la valeur relative est supérieure à K 50 ou N 85 ou I 85 et égale ou inférieure à K 75 ou N 125 ou I 125	01/12/2018
599616	K 40	Supplément d'honoraires pour les prestations urgentes effectuées pendant la nuit ou le week-end ou durant un jour férié: Pour les prestations dont la valeur relative est supérieure à K 25 ou N 42 ou I 42 et égale ou inférieure à K 50 ou N 85 ou I 85	01/12/2018
599631	K 20	Supplément d'honoraires pour les prestations urgentes effectuées pendant la nuit ou le week-end ou durant un jour férié: Pour les prestations dont la valeur relative est supérieure à K 10 ou N 17 ou I 17 et égale ou inférieure à K 25 ou N 42 ou I 42	01/12/2018

1.5.3. Argumentation

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

- L'audition du Dr A. en date du 30/07/2021 ;
- Les dossiers médicaux des assurés consultant le Dr A. à son privé, dont une copie a été remise par le prestataire concerné lors de son audition du 30/07/21 ;
- Les dossiers médicaux des assurés consultant le Dr A. au ... » dont une copie a été remise par le ...

1.5.4. Conclusion

Pour le PVC 1, le grief concerne 10 assurés (issus de la consultation privée du Dr A.), pour 100 prestations (ventilation dans le tableau ci-dessous) pour la période des prestations du 30/03/2019 au 24/04/2021 et d'introduction auprès des OA du 04/04/2019 au 14/05/2021 à concurrence d'un indu de 2.709,34 €.

Pour le PVC 2, le grief concerne 52 assurés (habituellement pris en charge dans le cadre du ...), pour 164 prestations (ventilation dans le tableau ci-dessous) pour la période de prestation du 02/01/2019 au 29/03/2021 et d'introduction auprès des OA du 04/03/2019 au 25/05/2021 à concurrence d'un indu de 4.905,73 €.

Au total, ce grief concerne 62 assurés pour 264 prestations (ventilation dans les tableaux ci-dessous) pour la période de prestations du 02/01/2019 au 24/04/2021 et d'introduction auprès des OA du 04/03/2019 au 25/05/2021, à concurrence d'un indu de 7.615,07 €.

PVC 1

CODES	LIBELLÉ COURT	MONTANT €	NOMBRE	SOUS-TOTAUX	TOTAUX
255010	AUDIO EN CHAMBRE INS	23,86	1	23,86	334,38
		24,16	7	169,12	
		28,07	2	56,14	
		28,42	3	85,26	
255054	AUDIO AVEC TESTS COM	28,20	2	56,40	250,81
		28,56	1	28,56	
		33,17	5	165,85	
257633	EX LABYRINTHIO	76,55	1	76,55	76,55
257736	IMPEDANCE METR	13,02	4	52,08	418,88
		13,18	8	105,44	
		15,31	12	183,72	
		15,50	4	62	
258274	STROB.CORD.VOC	15,64	1	15,64	867,63
		57,41	6	344,46	
258812	TYMPANOSCOPIE UNI OU	58,13	9	523,17	143,12
		8,24	1	8,24	
		8,34	1	8,34	
		9,69	9	87,21	
		9,81	3	29,43	
258834	ENDOSCOPIE NASALE	9,90	1	9,90	115,52
		28,70	2	57,40	
351035	TRACHEOSC+/LARYNG	29,06	2	58,10	502,45
		31,03	3	93,09	
		31,42	6	188,52	
		36,50	2	73	
TOTAUX		36,96	4	147,84	2.709,34
			100		

NOM, PRÉNOM	255010	255054	257633	257736	258274	258812	258834	351035	TOTAUX	INDU €
Monsieur T.	2			6		7	3	1	19	340,93
Madame U.	1			1	1				3	95,47
Monsieur V.	1	1		2	3	1		3	11	356,07
Madame W.				1	1				2	72,72
Madame X.	1			2	1	1	1	1	7	192,71
Madame Y.	2	1		4	2	2		3	14	396,74
Madame Z.	4			4	2			2	12	328,46
Madame AB.	1			1	1			1	4	126,89
Madame AC.		4	1	4	1	3		1	14	393,45
Monsieur AD.	1	2		4	3	1		3	14	405,90
TOTAUX	13	8	1	29	15	15	4	15	100	2.709,34

PVC 2

CODE	LIBELLÉ COURT	MONTANT €	NOMBRE	SOUS-TOTAUX	TOTAUX
101290	CONS.MED.SPÉC.	26,61	2	53,22	53,22
144535	PARACENT TYMPAN	12,94	1	12,94	12,94
144572	ABL NEZ PAR NAR	24,26	1	24,26	24,26
254973	SUPP.AUDIOM.VOC	12,19	1	12,19	54,82
		14,21	3	42,63	
255010	AUDIO EN CHAMBRE INS	23,86	2	47,72	128,37
		24,16	1	24,16	
		28,07	1	28,07	
		28,42	1	28,42	
255791	PREL BIOP EN NA	28,7	3	86,10	173,28
		29,06	3	87,18	
255813	EXT CORPS E NEZ	26,07	1	26,07	26,07
257530	ASP CHOLEST S M	28,7	2	57,40	406,64
		29,06	10	290,60	
		29,32	2	58,64	
257541	ASP CHOLEST S M	28,7	2	57,40	57,40
257736	IMPEDANCE METR	13,02	4	52,08	177,75
		13,18	6	79,08	
		15,31	1	15,31	
		15,64	2	31,28	
257740	IMPEDANCE METR	15,31	2	30,62	30,62
257795	POTENT.CEREB.	96,89	1	96,89	96,89
257913	ET.RHINO. PERMEAB. N	21,7	5	108,50	402,83
		21,97	4	87,88	
		25,52	3	76,56	
		25,84	2	51,68	
		26,07	3	78,21	
258296	COCHL+OTOEMIS	36,61	1	36,61	298,02
		43,06	1	43,06	

CODE	LIBELLÉ COURT	MONTANT €	NOMBRE	SOUS-TOTAUX	TOTAUX
		43,59	4	174,36	
		43,99	1	43,99	
258510	ENDOSCOPIE SINUS	77,43	6	464,58	866,29
		78,51	2	157,02	
		79,29	2	158,58	
		86,11	1	86,11	
258812	TYMPANOSCOPIE UNI OU	8,34	1	8,34	18,24
		9,90	1	9,90	
258823	TYMPANOSCOPIE UNI OU	9,69	1	9,69	9,69
258834	ENDOSCOPIE NASALE	24,40	35	854	1.389,18
		24,71	10	247,10	
		28,70	7	200,90	
		29,06	3	87,18	
351035	TRACHEOSC+/LARYNG	31,03	9	279,27	310,69
		31,42	1	31,42	
353231	ABL TUM SUP PEA	32,61	1	32,61	32,61
599594	PREST.+K50,N85/I85=@	59,65	2	119,30	179,80
		60,5	1	60,50	
599616	PREST.+K25,N42/I42=@	38,72	1	38,72	117,14
		39,21	2	78,42	
599631	PREST.+K10,N17/I17=@	19,37	1	19,37	38,98
		19,61	1	19,61	
TOTAUX			164	4.905,73	

1.6. Grief 6 : Prestations Non conformes / discordance entre données du dossier et prestations attestées (grief 3 du procès verbal relatif aux prestations attestées sous le numéro de tiers payant du ...)

Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer les documents réglementaires précités lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans la présente loi, dans ses arrêtés et règlements d'exécution, dans les conventions et accords conclus en vertu de cette même loi et/ou lorsque des prestations visées à l'article 34 ont été prescrites durant une période d'interdiction temporaire ou définitive d'exercice de la profession

Infraction visée à l'art. 73 bis 2° de la Loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 (Loi SSI).

En l'espèce, il s'agit de prestations de l'article 11.-§1er, de l'article 14, i) et de l'article 15.-§14 de la NPS dont le Dr A. a permis qu'elles soient portées en compte à l'ASSI alors qu'elles ne sont pas conformes aux exigences de la nomenclature dans la mesure où, les notes ou résultats présents dans le dossier médical ne correspondent pas aux examens portés en compte.

1.6.1. Base réglementaire du grief

Cf grief 5.

1.6.2. Prestations en cause

N°DE CODE DE LA PRESTATION	LETTRÉ CLÉ ET COEFFICIENT	LIBELLÉ	DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR
254763	K 180	Traitement chirurgical complet unilatéral de la pathologie inflammatoire du sinus maxillaire	01/02/2016
254844	K 250	Traitement chirurgical complet unilatéral de la pathologie inflammatoire de deux sinus	01/02/2016
254866	K 300	Traitement chirurgical complet unilatéral de la pathologie inflammatoire de trois ou quatre sinus	01/02/2016
255010	K 22	Audiométrie tonale ou vocale réalisée en chambre insonore	01/02/2016
255054	K 26	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	01/02/2016
257530	K 20	Aspiration de cholestéatome sous microscope	01/02/2016
257902	K 360	Tympanoplastie avec libération des fenêtres et greffe du tympan avec ou sans évidement pétromastoïdien	01/02/2016
258510	K 60	Endoscopie d'un ou plusieurs sinus, avec ou sans prélèvement biopsique, avec ou sans manométrie	01/02/2016
258834	K 20	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	01/02/2016
318920	Q 70	Supplément d'honoraires pour les prestations chirurgicales d'une valeur relative égale ou supérieure à K 120 ou N 200, effectuées dans les conditions prévues à l'article 14 et à l'article 15 et portées en compte par un médecin spécialiste accrédité. Ce supplément d'honoraires n'est accordé au maximum qu'une fois par séance opératoire	01/09/1995
351035	K 30	Trachéo- et/ou laryngoscopie, avec ou sans prélèvement biopsique	01/02/2016

ART. 15. - RÈGLES D'APPLICATION RELATIVES AUX PRESTATIONS DE CHIRURGIE

"A.R. 7.8.1995" (en vigueur 1.9.1995)

§ 14. - Les prestations chirurgicales d'une valeur relative égale ou supérieure à K 120 ou N 200, effectuées dans les conditions prévues à l'article 14 et au présent article et portées en compte par un médecin spécialiste accrédité, donnent lieu à un supplément d'honoraires de Q 70.

Ce supplément d'honoraires est prévu sous le n° 318916 - 318920.

Ce supplément d'honoraires n'est accordé au maximum qu'une fois par séance opératoire."

1.6.3. Argumentation

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

- l'analyse des données informatisées transmises par les OA ;
- l'analyse des dossiers médicaux des assurés consultant le Dr A. au ... dont une copie a été remise par le ...

Lors de l'analyse détaillée des dossiers médicaux, le service a constaté que, pour les patients repris ci-dessous, aux dates où des contacts-patients sont inscrits, les notes (résultats, tracé ou mesures) présentes dans le dossier médical ne correspondent pas aux examens que le Dr A. a fait porter en compte.

1.6.4. Conclusion

Ce grief concerne 16 assurés pour 40 prestations (ventilation, voir tableau ci-dessous) pour la période de prestations du 09/01/2019 au 23/02/2021 et d'introduction auprès des OA du 26/02/2019 au 30/04/2021 à concurrence d'un indu de 3.219,88 €.

Prestations attestées			Prestations attestables			Nbre	TOTAUX
CODE	LIBELLÉ COURT	MONTANT €	CODE	LIBELLÉ COURT	MONTANT €		
254844	TRAIT.CH.2 SINUS	433,26	254763	TRAIT.CH.SINUS.MAX	311,94	1	121,32
		219,34 *	254763	TRAIT.CH.SINUS.MAX	159,345*	1	59,995
254866	TRAIT.CH.3OU4.SINUS	519,91	254844	TRAIT.CH.2 SINUS	433,26	1	86,65
		519,91	254763	TRAIT.CH.SINUS.MAX	311,94	2	415,94
		526,41	254844	TRAIT.CH.2 SINUS	219,34*	1	307,07
		526,41	254763	TRAIT.CH.SINUS.MAX	318,69	1	207,72
		526,41	254844	TRAIT.CH.2 SINUS	219,335*	1	307,075
		531,14	254763	TRAIT.CH.SINUS.MAX	315,84	1	215,30
255054	AUDIO AVEC TESTS COM	28,56	255010	AUDIO EN CHAMBRE INS	24,16	1	4,40
257902	TYMPANOPLASTIE +GREF	631,69	257530	ASP CHOLEST S M	29,06	1	602,63
258510	ENDOSCOPIE SINUS	77,43	258834	ENDOSCOPIE NASALE	24,40	6	318,18
		78,51			24,71	8	430,40
		79,29			24,93	1	54,36
318920	SUP.HON.CHIR.ACCR	2,33	X	X	0	1	2,33
351035	TRACHEOSC+/LARYNG	31,03	258834	ENDOSCOPIE NASALE	24,40	9	59,67
		31,42			24,71	4	26,84
TOTAUX						40	3.219,88

NOM, PRÉNOM	254844	254866	255054	257902	258510	318920	351035	TOTAUX		
								Nbre prest.	Indu diff.€	
Madame AE.		1			1		1	3	276,37	
Monsieur AF.					1		1	2	60,43	
Madame AG.			1		1		2	4	71,54	
Madame M.					1			1	53,03	
Madame AH.					2		1	3	113,46	
Monsieur AI.		1			2		1	4	421,30	
Monsieur AJ.	1				1		2	4	188,46	
Monsieur AK.					1			1	53,80	
Monsieur AL.		1			2		2	5	206,74	
Monsieur P.		1						1	207,97	
Madame AM.					1		1	2	59,74	
Madame AN.				1		1		2	604,96	
Monsieur S.		1					2	3	221,23	
Madame AO.					2			2	106,06	
Monsieur AP.	1	1						2	267,715	
Madame AQ.		1						1	307,075	
TOTAUX								16 assurés	40	3.219,88

2. DISCUSSION

2.1. Quant au bien fondé des griefs

2.1.1. Quant au bon déroulement des auditions des assurés

Dans ses moyens de défense du 16/02/2024, le Docteur A. indique : « *auditions de mes patients (auditions muscler, gestapo d'après une de mes patiente)* ».

Le reproche qu'il fait à l'égard des auditions menées par les inspecteurs du SECM est assez vague.

Le Service relève que dans son procès-verbal d'audition du 22 mars 2021, Mme AO. relève, concernant le déroulement de l'audition que l'inspectrice a été polie et correcte. Dans son procès verbal d'audition du 12/04/2021, Mme M. a fait noter en observation en fin d'audition : « cela s'est bien passé ». Il en est de même pour Mme AR. (audition du 18/03/2021), Mme AS. (audition du 2/04/2021), Monsieur AT. (audition du 02/04/2021), Monsieur AU. (audition du 30/03/2021), Madame AV. (audition du 26/03/2021), Mme AW. (audition du 6/04/2021), Madame AX. (audition du 6/04/2021), Mme AY. (audition du 12/04/2021) et Mme AZ. (audition du 26/03/2021).

Mme BA. ou Mme BB. précise même que « cela s'est très bien passé ».

Aucun assuré auditionné (ou ayant été contacté par téléphone) ne s'est plaint des inspecteurs sociaux du SECM.

L'affirmation du Docteur A. relative au mauvais déroulement des auditions ne repose sur aucun élément et ne peut être retenu.

2.1.2. Quant au bien fondé du 1^{er} grief du PVC du 26/02/2022 (pour les prestations attestées sous son numéro de tiers payant de prestataire)

Le 1^{er} grief du PVC établi pour les prestations attestées sous son numéro de tiers payant de prestataire repose sur l'analyse des données informatisées transmises par les organismes assureurs et les déclarations du Docteur A. lors de son audition en date du 30 juillet 2021, indiquant en substance qu'il lui est arrivé, avant le 01/07/2018, d'effectuer au maximum une fois par an des potentiels évoqués auditifs à sa consultation privée, en reprenant chez lui le matériel portable prêté par un confrère, mais qu'après cette date, cela n'est plus arrivé.

Or, le Docteur A. a continué après le 01/07/2018 à attester la prestation 257795 sous son numéro de tiers payant, au moyen d'ASD papier (type de paiement 4), pour des patients qui le consultent à son cabinet privé.

Le Docteur A. n'a émis aucune remarque sur ce grief, notamment dans ses moyens de défense.

Compte tenu de tout ce qui précède et notamment des déclarations claires et précises du Docteur A. en audition, ce premier grief de prestations non effectuées (PVC établi pour les prestations attestées sous son n° de tiers payant de prestataire) concernant 23

assurés, pour 30 prestations et un montant de 2.680 euros, est bien établi (cf note de synthèse, pages 11 à 13).

2.1.3. Quant au bien fondé du 2^e grief du PVC du 26/02/2022 (pour les prestations attestées sous son numéro de tiers payant de prestataire)

Le grief 2 du PVC établi pour les prestations attestées sous son n° de tiers payant de prestataire repose sur :

- l'analyse des données informatisées transmises par les OA ;
- l'audition du Dr A. en date du 30/07/2021 au terme de laquelle il déclare que les patients qui ont l'habitude de le consulter à l'hôpital de ... (...) ne sont jamais venus à son privé.
- le mail du Dr A. en date du 09/08/2021 au terme duquel il donne la liste des quelques patients qui se rendent à sa consultation privée :

« parmi les patients qui vient de ... j'ai trouver Monsieur D., Monsieur E., Monsieur F., Madame G., Monsieur H., Madame I. ; Madame J., Madame K., Monsieur L. ».
- l'audition du Dr C., directeur médical du ..., en date du 25/11/2021 ;
- l'analyse des dossiers médicaux des assurés de la consultation privée du Dr A. ;
- l'analyse des dossiers médicaux des assurés consultant le Dr A. dans le cadre du ... ;
- les auditions de certains assurés ;
- les réponses de certains assurés au questionnaire envoyé par le SECM ;
- le planning des consultations du Dr A. au ... concernant la période à grief ;
- l'agenda des absences du Dr A. sur la période à grief.

Il est renvoyé à la note de synthèse (pages 16 à 20) pour la justification avancée par le Docteur A. en cours d'enquête et la position du SECM en réponse à ces éléments et permettant de retenir néanmoins le grief, le Docteur A. n'ayant pas apporté un commencement de preuve du fait que les prestations retenues à grief auraient été effectuées.

Les moyens de défense du Docteur A. ne contestent pas ce grief.

Compte tenu de ce qui précède, ce deuxième grief de prestations non effectuées (PVC établi pour les prestations attestées sous son n° de tiers payant de prestataire) portant sur 1.249 prestations pour 56 bénéficiaires (montant indu : 35.779,79 euros) est établi.

2.1.4. Quant au bien fondé du 3^e grief du PVC du 26/02/2022 (pour les prestations attestées sous son numéro de tiers payant de prestataire)

Le 3^e grief repose sur :

- l'analyse des données informatisées transmises par les OA ;
- l'audition du Dr A. en date du 30/07/2021 ;

- les auditions de certains assurés ;
- l'analyse des dossiers médicaux d'une liste de 50 assurés ayant fait l'objet d'un tirage aléatoire ;
- méthode de vérification par échantillonnage et extrapolation conformément à l'article 146§2.1 de la loi ASSI coordonnée le 14 juillet 1994 (cf note de synthèse pour le détail de l'échantillon et de la base de sondage, pages 25 à 39).

Il est renvoyé à la note de synthèse (pages 16 à 20) pour la justification avancée par le Docteur A. en cours d'enquête et la position du SECM en réponse à ces éléments.

Les moyens de défense du Docteur A. ne contestent pas ce grief.

Compte tenu de ce qui précède, ce troisième grief (du PVC relatif aux prestations attestées sous le n° de tiers payant du Docteur A.) de prestations non effectuées portant sur 17.640 prestations pour 2.518 bénéficiaires (montant indu : 453.386,47 euros) est établi.

2.1.5. Quant au bien fondé du 1^{er} grief du PVC du 26/02/2022 (pour les prestations attestées sous le numéro de tiers payant du ...)

Le 1^{er} grief de prestation de non effectué du PVC relatif aux prestations attestées sous le numéro de tiers payant du ... repose sur :

- l'audition du Dr A. en date du 30/07/2021 ;
- l'analyse des dossiers médicaux des assurés qui consultent le Dr A. dans le cadre du ... ;
- les auditions de certains assurés ;
- le planning des consultations du Dr A. au ... sur la période à grief ;
- l'agenda des absences du Dr A. sur la période à grief.

Lors de son audition du 30/07/2021, le Dr A. a déclaré qu'en cas d'intervention concernant les cavités sinusales, un scanner préopératoire des sinus est, pour lui, indispensable.

Il a également indiqué :

« Vous me faites remarquer que le protocole ne fait pas mention d'intervention au niveau d'un ou des sinus. Je vous réponds que quand je note polype, pour moi, c'est une intervention des sinus (méatotomie – ethmoïdectomie) ».

Le SECM a confronté les éléments du dossier avec le descriptif détaillé des protocoles opératoires. Pour certains patients, le descriptif détaillé de l'intervention réalisée ne correspond pas aux prestations attestées. Ce sont ces prestations, qui ne sont pas même mentionnées dans le descriptif détaillé mais qui ont cependant été portées en compte, qui sont reprises à grief.

Le Docteur A. n'a pas contesté le grief dans ses moyens de défense.

Compte tenu de ce qui précède, ce premier grief de prestations non effectuées (du PVC portant sur les prestations attestées sous le N° de tiers payant du ...) portant sur 52 prestations pour 27 bénéficiaires (montant indu : 12.665,90 euros) est établi.

2.1.6. Quant au bien fondé du 5^e grief (grief 4 du PVC du 26/02/2022 relatif aux prestations attestées sous son propre numéro de tiers payant et grief 2 du PVC du 26/02/2022 relatif aux prestations attestées sous le numéro de tiers payant du ...)

Le 4^e grief du PVC relatif aux prestations attestées sous son propre numéro de tiers payant de prestataire et le 2^e grief du PVC relatif aux prestations attestées sous le numéro de tiers payant du ... reposent sur :

- L'audition du Dr A. en date du 30/07/2021 ;
- Les dossiers médicaux des assurés consultant le Dr A. à son privé, dont une copie a été remise par le prestataire concerné lors de son audition du 30/07/21 ;
- Les dossiers médicaux des assurés consultant le Dr A. au ... dont une copie a été remise par le

Dans son audition du 30/07/2021, le Dr A. déclare :

« (...) Quand je vois un patient, j'essaie de faire mon possible pour mettre des notes dans le dossier. (...) Dans plus de 90%, je note mes observations dans le dossier électronique de l'hôpital. »

Compte tenu de la clarté de la nomenclature qui prévoit que le dossier doit démontrer l'exécution de la prestation, le SECM s'est interrogé sur l'intérêt pour le patient de répéter des examens pour lesquels aucun résultat ne peut être retrouvé ni dans le dossier, ni ailleurs.

Le Docteur A. n'a pas contesté ces griefs dans ses moyens de défense.

Dans ces conditions, le 4^e grief du PVC relatif aux prestations attestées sous son propre numéro de tiers payant de prestataire et le 2^e grief du PVC relatif aux prestations attestées sous le numéro de tiers payant du ... sont établis pour 264 prestations concernant 62 assurés (montant indu 7.615,07 euros).

2.1.7. Quant au bien fondé du 6^e grief (grief 3 du PVC du 26/02/2022 pour les prestations attestées sous son numéro de tiers payant du ...)

Le 6^e grief qui correspond au 3^e grief formulé dans le PVC relatif aux prestations attestées sous le numéro de tiers payant du ... repose sur :

- l'analyse des données informatisées transmises par les OA ;
- l'analyse des dossiers médicaux des assurés consultant le Dr A. au ... dont une copie a été remise par le ...

Lors de l'analyse détaillée des dossiers médicaux, le Service a constaté que, pour les patients repris ci-dessous, aux dates où des contacts-patients sont inscrits, les notes (résultats, tracé ou mesures) présentes dans le dossier médical ne correspondent pas aux examens que le Dr A. a fait porter en compte.

Dans la mesure où les notes présentes au dossier correspondent à une prestation autre que celle qui fût attestée, le SECM a considéré que c'était la prestation inscrite dans le dossier qui aurait dû être attestée. C'est pourquoi un différentiel a été calculé entre la prestation attestée et la prestation attestable.

Le Docteur A. n'a fait aucune remarque relativement à ce grief, que ce soit suite à la notification du procès verbal de constat ou suite à la demande de moyens de défense.

Dans ces conditions, le 3^e grief du PVC relatif aux prestations attestées sous le numéro de tiers payant du ... est établi pour 40 prestations concernant 16 assurés (montant indu 3.219,88 euros).

2.1.8. Quant au bien fondé du 2^e grief du PVC du 26/02/2022 (pour les prestations attestées sous son numéro de tiers payant du ...

Le 7^e grief qui correspond au 5^e grief du PVC relatif aux prestations attestées sous le numéro de tiers payant du prestataire et au 4^e grief du PVC relatif aux prestations attestées sous le numéro de tiers payant du ... repose sur :

- l'analyse des données informatisées transmises et authentifiées par les différents OA ;
- les déclarations du Dr A. lors de son audition du 30/07/2021.

Lors de son audition en date du 30/07/2021, le Dr A. a déclaré que toutes les stroboscopies qu'il atteste sont réalisées dans le décours d'une autre fibroscopie.

Il a dit qu'il ne connaissait pas le code 257670 – 257681 qui est réservé aux stroboscopies réalisées dans le décours d'une autre endoscopie.

En outre, il a déclaré qu'une forte proportion des stroboscopies qu'il effectue sont réalisées à la demande des patients.

Il convient de rappeler que la stroboscopie est un examen assez spécifique, qui ne fait pas partie des investigations de base en ORL et qui est indiqué en cas de troubles de phonation, particulièrement chez des assurés qui utilisent beaucoup leur voix dans un contexte professionnel ou autre.

Or, le Dr A. atteste beaucoup ce code, comparativement à ses pairs, et alors qu'il n'a pas une orientation particulière en phoniatrie, que, sur la période à grief, il n'a que peu de suivis de cancer du larynx, peu d'opérations des cordes vocales et très peu de prescriptions de logopédie pour des assurés adultes.

À l'examen des données authentifiées, le service constate que le Dr A. porte systématiquement en compte, lors de la même séance, le code 351035 - 351046 K 30 (Trachéo- et/ou laryngoscopie, avec ou sans prélèvement biopsique) et le code 258274 – 258285 K40.

Or, la NPS prévoit deux codes pour la stroboscopie des cordes vocales :

- 258274 – 258285 K40 lorsque l'examen est réalisé isolément ;
- 257670 - 257681 K 5 lorsque l'examen est réalisé dans le décours d'une autre endoscopie.

C'est d'ailleurs pour cette raison que la première prestation (258274-258285) est mieux honorée que la seconde dans la mesure où elle inclut la fibroscopie.

Dans la mesure où, chaque fois qu'il porte en compte une stroboscopie des cordes vocales, il accompagne celle-ci d'une laryngoscopie, ce n'est pas le code 258274 –

258285 K 40 que le Dr A. doit attester mais le code 257670 - 257681 K 5 qui est prévu pour accompagner une trachéoscopie.

L'attitude du Dr A. relève *a minima* d'une méconnaissance de la nomenclature.

Le Docteur A. n'a pas contesté le grief dans ses moyens de défense.

Dans ces conditions, compte tenu de ce qui précède, le 5^e grief du PVC relatif aux prestations attestées sous le numéro de tiers payant du prestataire et le 4^e grief du PVC relatif aux prestations attestées sous le numéro de tiers payant du ... sont établis pour 1.188 prestations concernant 680 assurés (montant indu de 61.079,22 euros).

2.1.9. Quant au bien fondé du 3^e grief du PVC du 26/02/2022 (pour les prestations attestées sous son numéro de tiers payant du ...

Le 8^e grief qui correspond au 5^e grief du PVC relatif aux prestations établies sous le numéro de tiers payant du ... repose sur les éléments suivants :

- l'analyse des données informatisées transmises et authentifiées par les différents OA ;
- les déclarations du Dr A. lors de son audition du 30/07/2021.

Lors de son audition du 30/07/2021, le Dr A. a déclaré que, pour certains patients, il nettoie l'oreille en aspirant. Il a également dit que, pour lui, ce nettoyage correspond à l'aspiration d'un cholestéatome.

Ainsi, lors de la discussion du cas de Mme BA., a-t-il indiqué en date du 30/07/2021 :

« (...) C'était un cholestéatome local sans anesthésie générale. C'est un contrôle d'otite. J'ai nettoyé son oreille en aspirant souvent. Je fais toujours ces nettoyages en consultation. (...) »

Toutes ces prestations ont été portées en compte en consultation et sans anesthésie générale.

Or, la règle interprétative 13 ne permet l'attestation de la prestation 257530 – 257541 correspondant à l'aspiration de cholestéatome sous microscope...K20 que dans le cas de l'évacuation de pus de l'oreille moyenne pratiquée sous anesthésie générale.

Dans le cas d'otites perforantes et perforées (aigüe ou chronique) nécessitant des soins microscopiques au niveau de l'oreille moyenne, pratiqués en consultation, donc avec ou sans anesthésie locale, le prestataire peut attester la prestation 257773 – 257784 correspondant à l'examen d'une lésion de l'oreille moyenne en cas de perforation du tympan sous microscope binoculaire du type Zeiss (en dehors des interventions chirurgicales)...K9

Dans ses moyens de défense, le Docteur A. n'a pas contesté le grief.

Dans ces conditions, le 5^e grief du PVC relatif aux prestations attestées sous le numéro de tiers payant du ... est établi pour 336 prestations concernant 241 assurés (montant indu 5.830,74 euros).

2.2. Quant à l'indu

Les griefs reprochés au terme des deux procès-verbaux de constat d'infractions du 26/02/2022 remis en main propre le 11/03/2022 ont entraîné des débours indus dans le chef de l'assurance obligatoire soins de santé pour un montant de **582.257,07 euros**.

En date des 7/04/2022, 22/04/2022, et 20/02/2023, la SC B. a procédé à trois versements respectivement d'un montant de 34.996,30 €, de 270.000 € et de 277.260,77€.

Les griefs formulés à l'encontre du Docteur A. étant fondés suivant l'analyse ci-dessus, il y a lieu d'ordonner que le Docteur A. soit condamné à rembourser la valeur des prestations indues s'élevant à 582.257,07 euros et de constater que la valeur des prestations indu ayant été remboursée en totalité, l'indu résiduel s'élève à **0 euro**.

Les remboursements de l'assurance soins de santé ayant été en partie perçus par la SC B., il doit être fait application de l'article 164 alinéa 2 de la loi SSI et en conséquence la SC B. doit être condamnée solidairement au remboursement de l'indu, soit la somme de 547.260,77 euros.

Partant, il y a donc lieu de :

- condamner le Docteur A. à rembourser la valeur des prestations indues s'élevant à 582.257,07 euros ;
- de condamner solidairement la SC B. à rembourser la valeur des prestations indues pour les prestations qu'elle a perçues s'élevant à 547.260,77 euros (Loi SSI, art. 142, §1^{er}, 2^o et art. 164, al. 2) ;
- et de constater que l'indu a été remboursé en totalité.

2.3. Quant à l'amende administrative

2.3.1. Quant au régime de l'amende administrative

En vertu de l'article 169 de la Loi SSI, la sanction applicable est celle visée à l'article 142, §1^{er}, 1^o et 2^o de la même loi, c'est-à-dire :

- pour les prestations non effectuées (griefs n°1 à 3 du PVC relatif aux prestations attestées sous son propre numéro de tiers payant, grief 1 du PVC relatif aux prestations attestées sous le numéro de tiers payant du ...), le remboursement de la valeur des prestations indument attestées à charge de l'assurance soins de santé et une amende administrative comprise entre 50% et 200% de la valeur des prestations concernées ;
- et, pour les prestations non conformes (griefs n°4 et 5 du PVC relatif aux prestations attestées sous son propre numéro de tiers payant, grief 2 à 4 du PVC relatif aux prestations attestées sous le numéro de tiers payant du ...), le remboursement de la valeur des prestations indument 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.

2.3.2. Quant au quantum de l'amende administrative retenue

Les prestations citées à grief sont comprises entre le ont été introduites auprès des organismes assureurs du .

Le Service d'évaluation et de contrôle médicaux estime nécessaire de prononcer une amende administrative à charge du Docteur A.

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.

Compte tenu du très grand nombre de prestations non effectuées attestées par le Docteur A. 64 (18.971 prestations pour 2.624 assurés), du montant très important de l'indu en cause (504.512,16 €), de la durée de la période infractionnelle (un peu plus de 26 mois suivant les dates d'introduction à l'organisme assureur (du 28/02/2019 au 14/05/2021)), de la grande expérience professionnelle du Docteur A. (diplômé en 1988, il a fini sa spécialisation en ORL en 1992 et a commencé son exercice professionnel en 1992), de l'absence d'antécédent connu dans le chef de ce dispensateur, le Docteur A. a cherché à spolier les deniers de l'assurance soins de santé et donc de la collectivité, ce qui justifie l'application d'une sanction élevée.

Il est donc justifié de prononcer à l'encontre du Docteur A. au titre des griefs de prestations non effectuées une amende administrative de 150% du montant indu à rembourser (Loi SSI, art. 142, §1er, 1^o), soit 504.512,16 euros.

Concernant **l'attestation de prestations non conformes**, le législateur a encadré de manière très précise le fait de devoir noter les résultats d'examens, les mesures ou les protocoles dans le dossier ou encore le fait de ne pas pouvoir attester de stroboscopies des cordes vocales dans le décours d'une autre endoscopie.

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 soins³.

Le respect des formalités administratives prévues par la réglementation 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.

¹ C. arb. 30/10/2001, n°26/2002 ; C. arb. 30/01/2002, n°98/2002 ; C. arb. 12/03/2003, n°31/2003 ; C. const. 31/01/2019, n°15/2019

² Cass. 20/11/2017, C.15.02132.N.

³ C. arb. 30/10/2001, n°26/2002 ; C. arb. 30/01/2002, n°98/2002 ; C. arb. 12/03/2003, n°31/2003 ; C. const. 31/01/2019, n°15/2019

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

Dans ces conditions, au regard de ces éléments, mais aussi compte tenu de la clarté de la nomenclature, de l'expérience du Docteur A. (diplômé en 1988, il a fini sa spécialisation en ORL en 1992 et a commencé son exercice professionnel en 1992), de son absence d'antécédent, du nombre important de prestations en cause (1828 prestations pour 999 bénéficiaires), de la durée de la période infractionnelle (27 mois suivant les dates de prestations (du 02/01/2019 au 29/04/2021) et les dates de réception par l'OA : du 26/02/2019 au 31/05/2021) et du montant élevé de l'indu (77.744,91 euros), 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 à rembourser (Loi SSI, art. 142, §1^{er}, 2^o) soit 77.744,91 € (indu de 77.744,91 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.

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'antécédent dans le chef de l'intéressé et du remboursement total de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé à hauteur de 582.257,07 euros intervenu en trois versements. 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 Docteur A. :

- au titre des griefs de prestations non effectuées, une amende administrative de 150% du montant des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé (Loi SSI, art. 142, §1^{er}, 1^o), soit 756.768,24 euros, dont un tiers en amende effective (**soit une amende effective d'un montant de 252.256,08 euros**) et deux tiers en amende assortie d'un sursis d'une durée de 3 ans (soit 504.512,16 €) ;
- et au titre du grief de prestations non conformes, une amende administrative de 100 % du montant des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé (Loi SSI, art. 142, §1^{er}, 2^o), soit 77.744,91 euros, dont la moitié en **amende effective (soit 38.872,46 €)** et la moitié en amende assortie d'un sursis d'une durée de 3 ans (soit 38.872,46 €).

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 dix griefs reprochés au Docteur A. ;
- Condamne le Docteur A. à rembourser la valeur des prestations indues s'élevant à 582.257,07 euros (Loi SSI, art. 142, §1^{er}, 1^o et 2^o) ;
- Condamne solidairement la Société SC « B. » à rembourser la valeur des prestations indues s'élevant à 547.260,77 euros (Loi SSI, art. 164, al. 2) ;
- Constate que la valeur des prestations indues s'élevant à 582.257,07 euros a été remboursée en totalité ;
- Condamne le Docteur A. à payer une amende administrative au titre des prestations non effectuées de 150% du montant des prestations indument attestées à charge de l'assurance obligatoire soins de santé (L.C. 14.07.1994, art. 142, §1^{er}, 1^o) soit 756.768,24 euros, assortie d'un sursis à hauteur des deux tiers d'une durée de 3 ans (soit une amende effective d'un montant de 252.256,08 euros et une amende assortie d'un sursis d'une durée de 3 ans d'un montant de de 504.512,16 euros) ;
- Condamne le Docteur A. à payer une amende administrative au titre des prestations non conformes de 100% du montant des prestations indument attestées à charge de l'assurance obligatoire soins de santé (L.C. 14.07.1994, art. 142, §1^{er}, 2^o) soit 77.744,91 euros, assortie d'un sursis à hauteur de la moitié d'une durée de trois ans (soit une amende effective de 38.872,46 euros et une amende assortie d'un sursis d'une durée de 3 ans de 38.872,46 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 Fonctionnaire-dirigeant,