

**DECISION DU FONCTIONNAIRE-DIRIGEANT – 16 FEVRIER 2012  
BRS/F/11-019**

**Concerne :** Madame A.  
Médecin-spécialiste en rhumatologie

**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. GRIEF FORMULE**

Le grief suivant a été formulé à l'encontre du Docteur A., suite à l'enquête menée par les inspecteurs du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI :

**Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer des documents réglementaires visés dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 ou ses arrêtés d'exécution lorsque les prestations n'ont pas été effectuées ou fournies. (Art. 73 bis, 1<sup>o</sup> de la loi ASSI, coordonnée le 14 juillet 1994)**

**Base réglementaire (à l'époque de l'infraction)**

**NPS Art.2** (Texte en vigueur depuis le 01/04/2011)

**Prestations en cause**

« A.R. 30.1.1986" (en vigueur 1.7.1986) + "A.R. 29.4.1999" (en vigueur 1.7.1999) + "A.R. 1.6.2001" (en vigueur 1.7.2001)

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

**Art. 2."**

"A.R. 19.12.1991" (en vigueur 1.1.1992) + "A.R. 1.6.2001" (en vigueur 1.7.2001)

"A. Consultations au cabinet du médecin et visites au domicile du malade :  
(...)

A.R. 7.8.1995" (en vigueur 1.9.1995) + "A.R. 22.10.2010" (en vigueur 1.1.2011)

**102653 Consultation, à son cabinet, du médecin accrédité spécialiste en rhumatologie N 16 + Q 30**

(...)

Par consultation, il faut entendre l'examen du malade au cabinet du médecin, en vue du diagnostic ou du traitement d'une affection : les honoraires fixés pour la consultation comprennent l'indemnisation pour la rédaction et la signature des documents afférents à cet examen ou réclamés par le malade à l'occasion de cette consultation.

Par visite, il faut entendre l'examen fait au domicile ou à la résidence du malade, en vue du diagnostic ou du traitement d'une affection; les honoraires fixés pour la visite comprennent l'indemnisation pour la rédaction et la signature des documents afférents à cet examen ou réclamés par le malade à l'occasion de cette visite."  
(...).

### **Nombre de prestations**

Le grief concerne 50% des consultations en rhumatologie – code 102653 - attestées par Mme A. au cours de son activité à l'hôpital de jour de la Clinique du ... durant la période concernée par l'enquête.

Concernant cette proportion de prestations retenues à grief, c'est-à-dire celles où il n'y a eu aucun contact direct avec le patient, il est utile de noter que le Service, après avoir, dans un premier temps, estimé qu'un cas sur trois était litigieux, a in fine retenu la thèse de Mme A., à savoir un pourcentage de 50% : « (...) *une fois sur trois, je pense que ce n'est pas exact. Tous les patients confondus en hôpital de jour, j'ai un contact direct avec mes patients une fois sur deux. Ceci me semble bien correspondre à la réalité. (...)* » (PVA du 05/05/2011).

Le grief est dès lors formulé pour :

- PVC 16/05/2011

203 prestations reprises sous le code **102653** (consultation à son cabinet d'un médecin accrédité spécialiste en rhumatologie), pour un montant total de 6.579,06€, relatives à 20 assurés et introduites au remboursement auprès des OA sur une période s'étendant du 19/02/2010 au 17/12/2010 ;

soit 50% des 406 prestations reprises sous ce code pour un montant total de 13.001,42 € concernant 34 assurés et introduites au remboursement auprès des O.A. sur une période allant du 30/04/2009 au 17/12/2010.

L'indu qui en résulte s'élève à **6.579,06 €**.

- PVC 01/06/2011

127 prestations reprises sous le code **102653** (consultation à son cabinet d'un médecin accrédité spécialiste en rhumatologie), pour un montant total de 4.292,47€, relatives à 23 assurés et introduites au remboursement auprès des OA sur une période s'étendant du 07/05/2010 au 30/12/2010 ;

soit 50% des 255 prestations reprises sous ce code pour un montant total de 8.454,66 € relatives à 36 assurés et introduites au remboursement auprès des O.A. durant une période allant du 30/07/2010 au 30/12/2010.

L'indu qui en résulte s'élève à **4.292,47 €**.

L'indu total généré par ce dossier s'élève donc à **10.871,53 euros**, lequel a été totalement remboursé par Madame A. en date du 05/07/2011.

## **2. DISCUSSION**

### **1. Fondement du grief**

Attendu qu'il ressort des éléments du dossier que 50% des consultations en rhumatologie – code 102653 - attestées par Mme A. au cours de son activité à l'hôpital de jour de la Clinique du ... durant la période concernée par l'enquête, n'étaient pas

effectuées et ne pouvaient dès lors être portées en compte à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Qu'en effet, conformément à l'article 2, Chap. II, de la NPS, « (...) *Par consultation, il faut entendre l'examen du malade au cabinet du médecin, en vue du diagnostic ou du traitement d'une affection : les honoraires fixés pour la consultation comprennent l'indemnisation pour la rédaction et la signature des documents afférents à cet examen ou réclamés par le malade à l'occasion de cette consultation* ».

Que la notion même de consultation nécessite de manière claire et non équivoque un contact physique avec le patient en vue de l'examen médical, condition qui n'était pas rencontrée dans 50% des codes de consultation attestés.

Que ce grief se fonde également sur les déclarations des assurés entendus ainsi que sur les déclarations de Mme A. (cfr. PVA du 05/05/2011).

Attendu que celle-ci, lors de son audition du 05/05/2011, reconnaît en effet la nécessité d'un contact physique à chaque fois avec le patient mais déclare : « (...) *Si je ne tarifie pas, je suis là pour rien, je ne suis pas payée. Ceci dit, j'ai pris le relais de quelqu'un, Mme B., qui procédait de la même manière. On m'a dit que je devais faire ainsi. (...)* »

Attendu que le grief ne fait l'objet d'aucune contestation de la part de Madame A. ;

Que le grief doit dès lors être déclaré établi ;

## 2. Indu

Attendu que le grief est fondé et qu'il y a donc lieu d'ordonner le remboursement des débours indus que celui-ci a engendrés pour l'assurance obligatoire soins de santé et ce, conformément à l'article 142, §1<sup>er</sup>, 2° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Que cet indu a été fixé par le Service d'évaluation et de contrôle médicaux à 10.871,53 euros.

Que le Fonctionnaire-dirigeant acte toutefois que le Docteur A. a, en date du 5 juillet 2011, procédé au remboursement total de cet indu.

## 3. Sanction administrative

Attendu que dans ses moyens de défense transmis au SECM par lettre du 30 novembre 2011, Madame A. invoque un certain nombre d'arguments tendant à justifier de sa bonne foi dans ce dossier ;

Qu'elle tient notamment à souligner l'absence totale d'esprit de lucre dans son chef ;

Qu'elle rappelle en effet que cette manière de facturer, jugée comme litigieuse, existait au sein de l'établissement du ... avant son arrivée et qu'elle a cru de bonne foi que celle-ci en constituait la norme ;

Qu'elle tient également à rappeler que dès la notification des pro-justitia dressés à son encontre, elle a totalement modifié sa pratique ;

Qu'enfin, elle a spontanément accepté de rembourser les montants indus, ce qui, à son sens, témoigne à suffisance de sa bonne foi dans ce litige ;

Attendu que si certains de ces éléments peuvent être retenus en faveur de Madame A., il n'en reste pas moins vrai que celle-ci a sciemment enfreint les règles de la nomenclature des prestations de santé ;

Que cette manière d'agir a engendré des débours indus pour l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités ;

Que le caractère systématique de ce mode d'attestation de la prestation querellée doit être sanctionné ;

Qu'il n'appartient pas aux dispensateurs de soins de modifier les règles administratives qui s'imposent à eux en tant que collaborateurs de l'assurance obligatoire soins de santé dès lors que l'application de ces dernières ne leur offrirait pas une rémunération jugée suffisante ;

Que Mme A. a toutefois spontanément procédé au remboursement de l'indu généré par ce grief.

Qu'elle a en outre immédiatement cessé toute pratique litigieuse ;

Attendu que pour ce type d'infraction (prestations non effectuées), la sanction applicable en vertu de l'article 142, §1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup> de la loi ASSI, coordonnée le 14 juillet 1994, peut correspondre à un pourcentage oscillant entre 50 et 200% du montant de l'indu ;

Que l'article 157 §1<sup>er</sup> de cette même loi prévoit toutefois que le Fonctionnaire dirigeant du Service d'évaluation et de contrôle médicaux peut décider qu'il sera sursis, en tout ou en partie, à l'exécution des décisions infligeant les amendes visées à l'article 142 précité ;

Qu'en l'espèce, eu égard à l'ensemble des éléments du dossier, il est justifié de prononcer à l'égard de Mme A., une amende administrative fixée à 50% du montant de l'indu (10.871,53 euros) soit, une amende de 5.435,77 euros dont la moitié en amende effective (2.717,88 euros) et la moitié assortie d'un sursis de trois ans (2.717,88 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 :

- Déclare le grief établi ;
- Prend acte du remboursement opéré par Madame A. en date du 5 juillet 2011.
- Condamne Madame A. au paiement d'une amende administrative fixée à 50% de la valeur des prestations non effectuées (10.871,53 euros), soit une amende de 5.435,77 euros dont la moitié en amende effective (2.717,88 euros).et la moitié assortie d'un sursis de trois ans (2.717,88 euros).

Ainsi décidé à Bruxelles le 16 février 2012 par le Fonctionnaire-dirigeant du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité.

Le Fonctionnaire – dirigeant,  
Dr Bernard HEPP  
Médecin-directeur général