

## DECISION DU FONCTIONNAIRE-DIRIGEANT DU 14 JUILLET 2021

Concerne : **Monsieur A.**  
**médecin spécialiste en oto-rhino-laryngologie**  
**S.C. O.R.L. B.**  
**BRS/F/21-007/art. 77**

### 1. EXPOSE DES FAITS

#### 1.1. Données SZV

---

Tableau anonymisé.

#### 1.2. Données RN + BCE

---

N° du registre national du dispensateur de soins : ...

Données du registre national anonymisé.

Données BCE anonymisées.

#### 1.3. Profils

---

- Donnée tableau profil anonymisé

#### PROFIL DÉTAILLÉ

Tableau 2017 anonymisé

##### 1.3.1. 2017

Percentile 100 (place n°1 de la qualification – 410) pour les prestations suivantes :

257736 Impédance-métrie du tympan, de l'oreille moyenne et de la chaîne ossiculaire (7.454 prest pour 100.414 EUR)

255010 Audiométrie tonale ou vocale réalisée en chambre insonore (4.900 prest pour 119.508 EUR)

351035 Trachéo- et/ou laryngoscopie (4.524 prest pour 148.072 EUR)

258274 Examen stroboscopique des cordes vocales à l'aide d'un système optique rigide ou par fibroscopie (1.843 prest 258274 pour 104.112 EUR)  
101290 consultation  
258296 Examen du fonctionnement cochléaire par enregistrement des otoémissions spontanées et/ou provoquées  
258823 tympanoscopie lors d'une hospitalisation (H)  
255065 Audiométrie tonale ou vocale avec un ou plusieurs tests complémentaires H  
257644 Examen labyrinthique H  
257806 Potentiels cérébraux évoqués  
258285 examen stroboscopique des cordes vocales H

Percentile supérieur à 99 :

2ème place pour les codes 257795 Potentiels cérébraux évoqués, 257740 impedance-metrie H et 254844 traitement chirurgical complet unilatéral de 2 sinus  
3ème place pour les codes 258834 endoscopie nasale et 257633 Examen labyrinthique  
4ème place pour code 351046 Trachéo- et/ou laryngoscopie H et 102535 consultation

Tableau 2018 anonymisé

**1.3.2. 2018**

Percentile 100 (place n°1 de la qualification – 410) pour les prestations suivantes :

101290 consultation accrédité (8.729 prest pour 172.519 EUR)  
257736 Impédance-métrie du tympan, de l'oreille moyenne et de la chaîne ossiculaire (7.341 prest pour 100.442 EUR)  
351035 Trachéo- et/ou laryngoscopie (4.819 prest pour 160.148 EUR)  
255010 Audiométrie tonale ou vocale réalisée en chambre insonore (4.683 prest pour 115.627 EUR)  
258274 Examen stroboscopique des cordes vocales à l'aide d'un système optique rigide ou par fibroscopie (1717 prest pour 98.368 EUR)  
255065 Audiométrie tonale ou vocale avec un ou plusieurs tests complémentaires H  
257644 Examen labyrinthique H  
257795 Potentiels cérébraux évoqués H  
258285 stroboscopie des cordes vocales H,

Percentile supérieur à 99 :

258296 Examen du fonctionnement cochléaire par enregistrement des otoémissions spontanées et/ou provoquées (2ème place)  
258834 endoscopie nasale (3.687 prest pour 93.630 EUR) (3ème place)  
257795 Potentiels cérébraux évoqués (3ème place)  
350055 Recherche d'une hypersensibilité allergique immédiate au moyen de prick tests  
257633 Examen labyrinthique A  
257740 impedance-metrie H  
258812-258823 tympanoscopie

### **1.3.3. 2019**

Tableau anonymisé

Percentile 100 (place n°1 de la qualification – 410) pour les prestations suivantes :

101290 consultation accrédité (8.689 prest pour 176.669 EUR)  
257736 Impédance-métrie du tympan, de l'oreille moyenne et de la chaîne ossiculaire, (7.553 prest pour 103.183 EUR)  
255010 Audiométrie tonale ou vocale réalisée en chambre insonore (4.902 prest pour 120.709 EUR)  
351035 Trachéo- et/ou laryngoscopie, avec ou sans prélèvement biopsique (3.901 prest pour 129.496 EUR)  
258274-258285 Examen stroboscopique des cordes vocales (1497 prest 258274 pour 85.942 EUR)  
258296 Examen du fonctionnement cochléaire par enregistrement des otoémissions spontanées et/ou provoquées  
255065 Audiométrie tonale ou vocale avec un ou plusieurs tests complémentaires : - test supraliminaire - étude des acouphènes en intensité et en fréquence - test d'orientation ou de latéralisation et réalisée en chambre insonore  
257644 Examen labyrinthique  
255791 Prélèvement biopsique endonasal

Percentile supérieur à 99 :

350055 Recherche d'une hypersensibilité allergique immédiate au moyen de prick tests (2ème place)  
257740 impendance-metrie H (2ème place )  
258834 endoscopie nasale (3.833 prest pour 96.124 EUR)  
257633 Examen labyrinthique A  
258812 tympanoscopie  
257806 Potentiels cérébraux évoqués.

### **1.3.4. 2020 1<sup>er</sup> semestre**

Tableau anonymisé

Percentile 100 (place n°1 de la qualification – 410) pour les prestations suivantes :

257736 Impédance-métrie du tympan, de l'oreille moyenne et de la chaîne ossiculaire  
255065 Audiométrie tonale ou vocale avec un ou plusieurs tests complémentaires  
257644 Examen labyrinthique

Percentile supérieur à 99

255010 Audiométrie tonale ou vocale réalisée en chambre insonore (2<sup>ème</sup> place)  
258274 Examen stroboscopique des cordes vocales (2<sup>ème</sup> place)  
255791 Prélèvement biopsique endonasal (2<sup>ème</sup> place)  
257806 Potentiels cérébraux évoqués (2<sup>ème</sup> place)  
351035 Trachéo- et/ou laryngoscopie (3<sup>ème</sup> place)  
101290 consultation accrédité (3<sup>ème</sup> place)  
258834 endoscopie nasale (4<sup>ème</sup> place)  
258823 tympanoscopie H (4<sup>ème</sup> place)  
257740 impédance-métrie H (4<sup>ème</sup> place)  
351046 Trachéo- et/ou laryngoscopie

Percentile supérieur à 98

350055 Recherche d'une hypersensibilité allergique immédiate au moyen de prick tests  
257633 Examen labyrinthique  
258296 Examen du fonctionnement cochléaire par enregistrement des otoémissions spontanées et/ou provoquées

## **1.4. Détail du type de paiement**

---

Tableau anonymisé

En 2018, 7,7% des remboursements se font aux patients et 92,3% en tiers payant. Parmi les prestations du Dr A. introduites à l'assurance soins de santé en tiers payant, 28,95% des remboursements de l'assurance soins de santé l'ont été sous son propre numéro de tiers payant (numéro INAMI ....).

Tableau anonymisé.

En 2019, 9% des remboursements se font aux patients et 91% en tiers payant. Parmi les prestations du Dr A. introduites à l'assurance soins de santé en tiers payant, 32% des remboursements de l'assurance soins de santé l'ont été sous son propre numéro de tiers payant (numéro INAMI ...).

Tableau anonymisé.

Au 1<sup>er</sup> semestre 2020, 8,8% des remboursements se font aux patients et 91,2% en tiers payant. Parmi les prestations du Dr A. introduites à l'assurance soins de santé en tiers payant, 30% des remboursements de l'assurance soins de santé l'ont été sous son propre numéro de tiers payant (numéro INAMI ....).

## **1.5. Comparaison avec ses pairs (qualification -410)**

---

### **1.5.1. Par montant total des remboursements**

Le Dr A. présente des montants annuels de remboursement très élevés. Le montant des prestations qu'il a facturées et qui ont été remboursées par l'assurance soins de santé dépasse le millions d'euros en 2016, 2017, 2018 et 2019.

Pour l'année 2020, seules les données du 1<sup>er</sup> semestre sont disponibles (2020 S1).

Des comparaisons ont été opérées pour les années 2018, 2019 et le 1<sup>er</sup> semestre 2020.

Pour 2018 et 2019 :

Concernant les montants remboursés à l'assurance soins de santé du n°1 et du n°3, s'agissant de deux ORL qui sont en même temps médecins en chef d'hôpital et qui attestent des honoraires forfaitaires pour la permanence médicale intra-hospitalière urgences et soins intensifs, si on retire de leurs profils le montant des codes 590181, 590203, 590310 et 59033, le Dr A. passe en 1<sup>ère</sup> position et est alors le seul ORL à présenter un montant de remboursements de l'assurance soins de santé supérieur à 1.000.000 EUR, en l'occurrence 1.133.764 EUR en 2018 et 1.036.111 EUR en 2019.

Les ORL suivants se trouvent à +/- 250.000 EUR en dessous de ces montants.

Voici l'extrait de DABRALI des 20 ORL ayant généré le plus de remboursements de l'assurance soins de santé en 2018 et 2019. Afin de respecter les données personnelles des autres prestataires, les numéros INAMI des prestataires ont été supprimés. Une flèche indique où se trouve le Dr A.

2018

	1.224.977,96
→	1.133.764,03
	1.031.884,69
	865.057,21
	699.303,56
	675.392,28
	674.737,75
	668.758,97
	647.310,54
	640.350,54
	596.097,61
	594.575,16
	588.635,18
	568.031,94
	566.570,35
	553.850,58
	549.030,20
	538.783,12
	525.583,61
	495.987,63

2019

	1.453.951,66
→	<b>1.036.111,76</b>
	1.035.478,33
	777.764,57
	741.090,65
	712.298,19
	688.707,39
	688.151,69
	670.997,93
	624.020,49
	623.877,50
	618.362,27
	617.788,55
	583.954,42
	549.189,72
	538.302,61
	538.202,36
	536.590,35
	531.880,43
	530.282,49

Pour 2020 S1 :

Concernant les montants remboursés à l'assurance soins de santé du n°1 et du n°2, s'agissant de deux ORL qui sont en même temps médecins en chef d'hôpital et qui attestent des honoraires forfaitaires pour la permanence médicale intra-hospitalière urgences et soins intensifs, si on retire de leurs profils le montant des codes 590181, 590203, 590310 et 59033, le Dr A. passe en 2ème position.

L'ORL suivant (5<sup>ème</sup> ligne) se trouve à +/- 60.000 EUR en dessous du montant remboursé par l'assurance soins de santé au Dr A. La différence avec l'ORL en 6<sup>ème</sup> ligne est de 115.000 EUR.

Voici l'extrait de DABRALI des 15 ORL ayant généré le plus de remboursements de l'assurance soins de santé au 1<sup>er</sup> semestre de 2020. Afin de respecter les données personnelles des autres prestataires, les numéros INAMI des prestataires ont été supprimés. Une flèche indique où se trouve le Dr A.

2020 S1

603.512,07
466.900,84
403.761,52
→ 381.882,01
322.420,74
267.370,31
263.887,71
254.574,41
253.050,33
253.003,86
246.902,18
246.429,73
237.852,90
235.779,29
235.112,38

### 1.5.2. Par code

#### 1.5.2.1. Code 255010 audiométrie tonale ou vocale réalisée en chambre insonore

Le Dr A. est le 1er attestataire de ce code en 2019 avec 4.902 prestations pour un montant remboursé de 120.709 EUR. Le prestataire qui le suit atteste 3.584 prestations, soit 1.318 prestations de moins, pour un montant de 88.461 EUR, soit 32.248 EUR de moins.

Tableau anonymisé.

#### 1.5.2.2. Code 257736 impédance-métrie du tympan, de l'oreille moyenne et de la chaîne ossiculaire

Le Dr A. est le 1er attestataire de ce code en 2019 avec 7.553 prestations pour un montant remboursé de 103.183 EUR. Le prestataire qui le suit atteste 4.878 prestations, soit 2.675 prestations de moins, pour un montant de 65.700 EUR, soit 37.483 EUR de moins.

Tableau anonymisé.

#### 1.5.2.3. Code 258274 examen stroboscopique des cordes vocales

Le Dr A. est le 1er attestataire de ce code en 2019 avec 1.497 prestations pour un montant remboursé de 85.942 EUR. Le prestataire qui le suit atteste 1.048 prestations, soit 449 prestations de moins, pour un montant de 60.165 EUR, soit 25.777 EUR de moins.

Tableau anonymisé.

#### **1.5.2.4. Code 351035 Trachéo- et/ou laryngoscopie**

Le Dr A. est le 1er attestataire de ce code en 2019 avec 3.901 prestations pour un montant remboursé de 129.496 EUR.

Tableau anonymisé.

#### **1.5.2.5. 258296 Examen du fonctionnement cochléaire par enregistrement des otoémissions spontanées et/ou provoquées**

Le Dr A. est le 1er attestataire de ce code en 2019 avec 991 prestations pour un montant remboursé de 38.015 EUR.

Tableau anonymisé.

### **1.6. Indices graves, précis et concordants en vue de la suspension des paiements du n° tiers payant**

---

#### **1.6.1. Profil très élevé**

Le Dr A. présente des montants annuels de remboursement dépassant le millions d'euros en 2016, 2017, 2018 et 2019.

Pour les années 2018 et 2019 pour lesquelles une comparaison avec ses pairs a été réalisée, le Dr A. est en 1ère position présentant le seul montant supérieur à 1.000.000 EUR, en l'occurrence 1.133.764 EUR en 2018 et 1.036.111 EUR, les prestataires suivants se trouvant à +/- 250.000 EUR en dessous de ces montants. (Voir point 5.1.)

Pour le 1<sup>er</sup> semestre de l'année 2020, le Dr A. est en 2<sup>ème</sup> position.

Il ne peut être trouvé de justification à un profil de ce type.

#### **1.6.2. Hauts percentiles**

Pour les années 2017 à 2020 1<sup>er</sup> semestre, le Dr A. se hisse en haut du classement pour bon nombre de prestations (percentile 98/99/100). Voir point 3 Profil détaillé.

Il s'agit des codes :

257736-257740 Impédance-métrie du tympan, de l'oreille moyenne et de la chaîne ossiculaire  
255010 Audiométrie tonale ou vocale réalisée en chambre insonore  
351035-351046 Trachéo- et/ou laryngoscopie  
258274-258285 Examen stroboscopique des cordes vocales à l'aide d'un système optique rigide ou par fibroscopie  
101290 consultation  
258296 Examen du fonctionnement cochléaire par enregistrement des otoémissions spontanées et/ou provoquées  
258812-258823 tympanoscopie lors d'une hospitalisation  
255065 Audiométrie tonale ou vocale avec un ou plusieurs tests complémentaires  
257633-254644 Examen labyrinthique  
257795-257806 Potentiels cérébraux évoqués  
258834 endoscopie nasale

257633 Examen labyrinthique  
258834 endoscopie nasale  
350055 Recherche d'une hypersensibilité allergique immédiate au moyen de prick tests  
255791 Prélèvement biopsique endonasal

Une comparaison avec ses pairs a été réalisée pour 2019 pour certains codes où il est en 1<sup>ère</sup> position.

C'est ainsi que pour le code 255010 (audiométrie tonale ou vocale réalisée en chambre insonore), il atteste 4.902 prestations pour un montant remboursé de 120.709 EUR. Le prestataire qui le suit atteste 1.318 prestations de moins, correspondant à une différence de 32.248 EUR.

Pour le code 257736 (impédance-métrie du tympan, de l'oreille moyenne et de la chaîne ossiculaire), le Dr A. atteste 7.553 prestations pour un montant remboursé de 103.183 EUR. Le prestataire qui le suit atteste 2.675 prestations de moins, correspondant à une différence de 37.483 EUR.

Pour le code 258274 (examen stroboscopique des cordes vocales), le Dr A. atteste 1.497 prestations pour un montant remboursé de 85.942 EUR. Le prestataire qui le suit atteste 449 prestations de moins, correspondant à une différence de 25.777 EUR.

Pour le code 351035 (Trachéo- et/ou laryngoscopie), le Dr A. atteste 3.901 prestations pour un montant remboursé de 129.496 EUR. Le prestataire qui le suit en 4ème position atteste 1.158 prestations de moins, correspondant à une différence de 41.114 EUR.

Le Service s'interroge sur ce qui pourrait expliquer un tel positionnement.

### **1.6.3. Attestation de prestations non effectuées**

Dès les premières auditions, il est apparu que le Dr A. paraît attester en tiers payant sous son numéro INAMI des prestations qui seraient non effectuées.

#### **1.6.3.1. Cas de Madame B. (audition en date du 30/3/21)**

Pour la période du 14/4/2017 au 10/1/2020 :

**\*1\*** Lors de son audition du 30/03/2021, Mme B. a déclaré :

*« En dehors des factures de l'hôpital, nous ne sommes jamais allées chez le Dr A., ni faire des examens complémentaires niveau ORL. Ma mère et moi, nous sommes toujours allées voir le Dr A. à l'hôpital de ... qui est à côté de chez nous. Vous me demandez si je sais s'il a une consultation privée, nous ne pouvons pas vous le dire puis que nous allons chaque fois à la consultation à l'hôpital de ... et jamais ailleurs. »*

Il ressort de l'audition que tout ce qui est attesté sous le numéro de Tiers payant du Dr A. (numéro INAMI du Dr A.) (type de paiement 4) semble être non effectué car la patiente déclare n'avoir consulté le Dr A. qu'à l'hôpital auquel cas les prestations auraient été facturées sous le numéro de tiers payant de l'hôpital (type de paiement 5). Les prestations non effectuées sont toutes les prestations du listing surlignées en gris, à savoir **62 prestations pour un montant de 1.485,84 EUR**.

**\*2\*** Lors de son audition du 30/03/2021, Mme B. a déclaré :

*« Je travaille tous les jours de la semaine de 7h55 à 16h40, à .... Quand je dois aller à la consultation par exemple, il faut que je prenne un jour compensatoire. Je vais toujours à la consultation du Dr A. le mercredi après-midi et jamais à un autre moment. Nous ne sommes plus allées chez le Dr A. depuis le premier confinement, c'est-à-dire depuis plus d'1 an".*

Il ressort de l'audition que toutes les prestations attestées un autre jour que le mercredi (la période après l'hospitalisation du 23 au 24/3/18 a été retirée de la liste ci-après) semblent être non effectuées, à savoir le vendredi 14/4/2017, vendredi 16/6/2017, vendredi 18/8/2017, lundi 5/2/2018, vendredi 16/2/18, jeudi

5/4/18, lundi 23/4/18, vendredi 25/5/18, vendredi 13/7/18, vendredi 24/5/19, vendredi 12/7/19, vendredi 25/10/19 et vendredi 10/1/20.

Il est à remarquer que toutes les prestations à ces dates sont facturées sous le n° de Tiers payant du Dr A. et non sur celui de l'hôpital. Il s'agit de **58 prestations pour un montant de 1.380,85 EUR**.

**\*3\*** Lors de son audition du 30/03/2021, Mme B. a déclaré :

*« Vous me demandez s'il est arrivé que j'aie vu le Dr A. deux fois sur la même semaine, je vous réponds que non et ma mère vous confirme.  
Sur question, en dehors de l'opération, je ne suis jamais allée chez le Dr A. deux fois sur le même mois. »*

Il ressort des données authentifiées que des prestations ont été facturées en date du 14/6/17, 16/6/17, 16/8/17, 18/8/17, 5/2/18, 14/2/18 (mercredi), 16/2/18, 26/3/18, 29/3/18, 3/4/18, 5/4/18, 18/4/18, 23/4/18, 23/5/18, 25/5/18, 11/7/18, 13/7/18, 22/5/19, 24/5/19, 10/7/19, 12/7/19, 23/10/19, 25/10/19, 8/1/20, 10/1/20 or la patiente déclare n'avoir jamais consulté le Dr A. 2 fois sur le mois, ni 2 fois sur la même semaine, en dehors de l'intervention.

D'autre part, toutes les prestations attestées aux dates soulignées sont facturées en tiers payant sous le numéro du Dr A., les prestations aux autres dates étant facturées en tiers payant par l'hôpital. De l'analyse de la succession des dates et du type de tiers payant, il ressort que les jours qui suivent une consultation à l'hôpital, le Dr A. atteste une consultation et des examens complémentaires sur son propre numéro de tiers payant. Vu que la patiente déclare ne jamais consulter le Dr A. ailleurs qu'à l'hôpital, il ressort que ces prestations attestées quelques jours ( en général 2 jours) après une consultation à l'hôpital, sur le numéro de tiers payant du Dr A., paraissent donc être **non effectuées**.

**\*4\*** Lors de son audition du 30/03/2021, Mme B. a déclaré :

*« Sur question, il n'a jamais passé la caméra ailleurs que dans le nez, jamais dans la gorge. Il ne m'a jamais fait dire des sons du type « A », « I » ou autre.  
La caméra dans le nez, c'est difficile pour moi de supporter : j'ai mal quand il arrive dans la partie la plus étroite du nez et il ne va pas plus loin ».*

Ceci est corroboré par les déclarations suivantes ::

*« Je n'ai jamais eu de problèmes aux cordes vocales ou dans la gorge et, sur question, je n'ai pas eu de logopédie sur les 3 dernières années. Quand j'étais petite, j'ai eu de la logopédie parce que j'étais en enseignement spécial et que d'office, j'y avais droit »*

Il ressort de l'audition que les laryngoscopies de code 351035 et la stroboscopie des cordes vocales de code 258274 semblent ne pas avoir été effectuées. Il s'agit de **16 prestations 351035 pour un montant de 576,76 EUR et 1 prestation 258274 pour un montant de 56,56 EUR**.

**\*5\*** Lors de son audition du 30/03/2021, Mme B. a déclaré :

*« Sur question, l'intervention ne concernait que la cloison du nez, pas les sinus.  
(...)  
Sur question, je n'ai jamais eu de sinusite. Avant l'intervention, le Dr A. a demandé un scanner des sinus. Il ne m'a pas donné le résultat.  
Vous me demandez si, en même temps que l'intervention pour la cloison, le Dr A. a aussi opéré pour les sinus. Je vous réponds que non ».*

Il ressort de l'audition que les **codes 254844 (Traitement chirurgical complet unilatéral de la pathologie inflammatoire de deux sinus) (433,26 EUR) et 254866 (Traitement chirurgical complet unilatéral de la pathologie inflammatoire de trois ou quatre sinus) (519,91 EUR)** n'ont pas été effectués.

\*6\* Lors de son audition du 30/03/2021, Mme B. a déclaré :

« Pour l'intervention, je suis restée un jour et demi à l'hôpital. Je me souviens que c'était le 23 mars en 2018. Je suis sortie le lendemain. Je suis sortie sans avoir vu le Dr A. Je suis retournée, chez le Dr A., 8 à 10 jours après l'intervention pour aller tirer les drains. J'avais un drain dans chaque narine dont il m'avait demandé de les garder jusqu'à la consultation. Je ne suis pas allée avant cela et certainement pas pour passer la caméra dans le nez puisque j'avais des drains ».

Il ressort de l'audition que l'intervention ayant eu lieu le 23/3/2018, les prestations postérieures à celle-ci en date du 26/3/18 (Tiers payant hôpital) et en date du 29/3/18 (Tiers payant Dr A.) n'ont pas été effectués (**6 prestations pour 158,80 EUR**). Le 26/3/2018 est attestée une endoscopie nasale de code 258834 qui ne paraît avoir pu être effectuée vu la mise en place des drains dans chaque narine. Les prestations du 29/3/18, à savoir la trachéoscopie/laryngoscopie de code 351035, l'audiométrie de code 255010 et l'impédance-métrie de code 257736 ne semblent pas avoir pu être effectuées non plus vu la proximité de l'intervention réalisée 6 jours auparavant.

Données authentifiées :

Madame B.

OA : ... assurabilité : ... n°assuré : ...

j.prest	d.prest,	CODE	FLIBELLE	€	lieu	t.paiem.	
ven	14/04/17	102535	cons.spec.accr	22		4	
		255010	audio en chambre ins	27,66			
		257736	impedance metr	15,08			
		258812	tympanoscopie uni ou	9,54			
		351035	tracheosc+/laryng	35,96			
		102535	cons.spec.accr	22			
mer	14/06/17	102535	cons.spec.accr	22	H	5	
ven	16/06/17	257736	impedance metr	15,08		4	
		255054	audio avec tests com	32,68			
		351035	tracheosc+/laryng	35,96			
		258274	strob.cord.voc	56,56			
mer	16/08/17	102535	cons.spec.accr	22	H	5	
ven	18/08/17	102535	cons.spec.accr	22		4	
		255010	audio en chambre ins	27,66			
		257736	impedance metr	15,08			
		351035	tracheosc+/laryng	35,96			
mer	18/10/17	101290		24,64	H	5	
mer	13/12/17	351035	tracheosc+/laryng	35,96	H	5	
		258812	tympanoscopie uni ou	9,54			
		101290		24,64			
		255010	audio en chambre ins	27,66			
		257736	impedance metr	15,08			
lun	05/02/18	351035	tracheosc+/laryng	36,5		4	
		258812	tympanoscopie uni ou	9,69			
		257736	impedance metr	15,31			
		101290		25,11			
mer	14/02/18	258834	endoscopie nasale	28,7	H	5	
		101290		25,11			
ven	16/02/18	351035	tracheosc+/laryng	36,5		4	
		255010	audio en chambre ins	28,07			
		257736	impedance metr	15,31			
		258812	tympanoscopie uni ou	9,69			
ven	23/03/18	258661	cor.sperch+sper.cl.n	259,95	H	5	Hospit. Du 23 au 24/03/18
		318920	sup.hon.chir.accr	2,3			
		254844	trait.ch.2 sinus	433,26			
		254866	trait.ch.3ou4.sinus	519,91			
		255905	res qu cor bil	35,88			
lun	26/03/18	258834	endoscopie nasale	28,7	H	5	
		101290		25,11			
jeu	29/03/18	351035	tracheosc+/laryng	36,5		4	
		255010	audio en chambre ins	28,07			

j.prest	d.prest,	CODE	FLIBELLE	€	lieu	t.paiem.	
		257736	impedance metr	15,31			
		101290		25,11			
mar	03/04/18	257913	et.rhino. permeab. n	25,52	H	5	
		101290		25,11			
jeu	05/04/18	351035	tracheosc+/laryng	36,5		4	
		101290		25,11			
		257736	impedance metr	15,31			
		258812	tympanoscopie uni ou	9,69			
mer	18/04/18	258834	endoscopie nasale	28,7	H	5	
		101290		25,11			
lun	23/04/18	351035	tracheosc+/laryng	36,5		4	
		101290		25,11			
		255010	audio en chambre ins	28,07			
		257736	impedance metr	15,31			
mer	23/05/18	101290		25,11	H	5	
ven	25/05/18	351035	tracheosc+/laryng	36,5		4	
		258812	tympanoscopie uni ou	9,69			
		257736	impedance metr	15,31			
		255054	audio avec tests com	33,17			
		101290		25,11			
mer	11/07/18	258834	endoscopie nasale	28,7	H	5	
		101290		25,11			
ven	13/07/18	351035	tracheosc+/laryng	36,5		4	
		101290		25,11			
		255054	audio avec tests com	33,17			
		257736	impedance metr	15,31			
		258812	tympanoscopie uni ou	9,69			
mer	24/10/18	351035	tracheosc+/laryng	36,5	H	5	
		101290		25,11			
		255010	audio en chambre ins	28,07			
		257736	impedance metr	15,31			
		258812	tympanoscopie uni ou	9,69			
mer	19/12/18	258834	endoscopie nasale	28,7	H	5	
		101290		25,11			
mer	20/02/19	351035	tracheosc+/laryng	36,5	H	5	
		257736	impedance metr	15,31			
		258812	tympanoscopie uni ou	9,69			
		255010	audio en chambre ins	28,07			
		101290		26,04			
mer	22/05/19	257530	asp cholest s m	28,7	H	5	
		101290		26,04			
ven	24/05/19	258834	endoscopie nasale	28,7		4	
		257736	impedance metr	15,31			
		255010	audio en chambre ins	28,07			
		258812	tympanoscopie uni ou	9,69			
		101290		26,04			
mer	10/07/19	258834	endoscopie nasale	28,7	H	5	
		101290		26,04			
ven	12/07/19	351035	tracheosc+/laryng	36,5		4	
		255054	audio avec tests com	33,17			
		257736	impedance metr	15,31			
		258812	tympanoscopie uni ou	9,69			
mer	23/10/19	101290		26,04	H	5	
		101290		26,04		4	
ven	25/10/19	255054	AUDIO AVEC TESTS COM	33,17			
		257736	IMPEDANCE METR	15,31			
		258812	TYMPANOSCOPIE UNI OU	9,69			
		351035	TRACHEOSC+/LARYNG	36,5			
mer	08/01/20	257530	ASP CHOLEST S M	29,06	H	5	
ven	10/01/20	255010	AUDIO EN CHAMBRE INS	24,16		4	
		257736	IMPEDANCE METR	13,18			
		258812	TYMPANOSCOPIE UNI OU	8,34			
		351035	TRACHEOSC+/LARYNG	31,42			

4 = Tiers payant numéro Dr A.

5 = Tiers payant numéro hôpital

### **1.6.3.2. Cas de madame C. (audition en date du 26/3/2021)**

Pour la période du 6/6/2017 au 3/2/2020 :

**\*1\*** Il ressort de l'audition que toutes les prestations attestées sous le numéro de Tiers payant (numéro INAMI du Dr A.) (type de paiement 4) semblent être non effectuées, car la patiente déclare n'avoir consulté le Dr A. qu'à l'hôpital auquel cas les prestations seraient facturées sous le numéro de tiers payant de l'hôpital (5). Les prestations non effectuées sont toutes les prestations du listing surlignées en gris, à savoir **77 prestations pour un montant de 2.297,85 EUR**.

Lors de son audition en date du 26/03/2021, Mme C. a déclaré :

*« Comme autre spécialiste, j'ai aussi un ORL, le Dr A. que je consulte toujours à ..., à l'hôpital, parce que je pense qu'il ne consulte pas ailleurs ».*

Ceci est corroboré par le fait que les prestations attestées sous le numéro de tiers payant du Dr A. (type de paiement 4) suivent de quelques jours la consultation qui a eu lieu à l'hôpital (tiers payant de l'hôpital : type de paiement 5). Or, la patiente déclare qu'elle ne l'a jamais, sauf une fois, consulté la même semaine, ni le même mois et qu'elle le voit tous les 2 ou 3 mois.

Lors de son audition en date du 26/03/2021, Mme C. a déclaré :

*« Avant le Covid, j'allais voir le Dr A., tous les 2 ou 3 mois. Je prenais les rendez-vous d'une fois sur l'autre. Depuis le COVID, je n'ai plus été chez le Dr A.  
En 2018, sur question, il est arrivé une fois que le Dr A. me fasse revenir à la consultation une ou deux semaines après la précédente parce que il y avait des résultats d'examens à recevoir et qu'il fallait encore refaire d'autres examens. Ce n'est arrivé qu'une seule fois. En dehors de cette fois-là, il n'est jamais arrivé que j'aie plusieurs fois sur la même semaine, ni plusieurs fois sur le même mois. Je ne l'ai jamais consulté en urgence ni le soir, ni la nuit, ni le week-end (samedi ou dimanche) ou un jour férié ».*

Tableau anonymisé

**On retrouve donc le même type de procédé de facturation que celui trouvé pour le cas précédent, à savoir que les jours qui suivent une consultation à l'hôpital, le Dr A. atteste, sur son propre numéro de tiers payant, une consultation et des examens complémentaires qui semblent non effectués.**

**\*2\*** Il ressort de l'audition que toutes les laryngoscopies de code 351035 et les stroboscopies des cordes vocales de code 258274 semblent être non effectuées. Il s'agit de **30 prestations à concurrence d'un montant de 1.279,83 EUR** ( 9 x code 258274 pour 515,03 EUR et 21 x code 351035 pour 764,80 EUR).

Lors de son audition en date du 26/03/2021, Mme C. a déclaré :

*« Sur question, vous me demandez s'il est arrivé que le Dr A. passe la caméra dans la gorge comme il le fait dans le nez. Je vous réponds que non, c'est déjà assez dur dans le nez, cela chatouille.  
Vous me demandez s'il est arrivé qu'il me fasse dire des « o », des « a » ou d'autres sons. Je vous réponds que non ».*

Données authentifiées :

Madame C.

OA : ... assurabilité : ... n° assuré : ...

j.prest	d.prest,	CODE	FLIBELLE	€	lieu	t.paie.
mar	06/06/17	102535	cons.spec.accr	22	H	5
mer	07/06/17	255054	audio avec tests com	32,68		4
		257736	impedance metr	15,08		
		258274	strob.cord.voc	56,56		
		351035	tracheosc+/laryng	35,96		
mar	08/08/17	102535	cons.spec.accr	22	H	5
ven	11/08/17	102535	cons.spec.accr	22		4
		255054	audio avec tests com	32,68		
		257736	impedance metr	15,08		
		258274	strob.cord.voc	56,56		
lun	16/10/17	101290		24,64	H	5
		258812	tympanoscopie uni ou	9,54		
mer	18/10/17	255010	audio en chambre ins	27,66		4
		257736	impedance metr	15,08		
		258274	strob.cord.voc	56,56		
		351035	tracheosc+/laryng	35,96		
lun	18/12/17	101290		24,64	H	5
		257736	impedance metr	15,08		
		258812	tympanoscopie uni ou	9,54		
		255054	audio avec tests com	32,68		
lun	12/02/18	101290		25,11	H	5
		257736	impedance metr	15,31		
mer	14/02/18	101290		25,11		4
		255054	audio avec tests com	33,17		
		257736	impedance metr	15,31		
		258812	tympanoscopie uni ou	9,69		
		351035	tracheosc+/laryng	36,5		
lun	19/02/18	257736	impedance metr	15,31	H	5
		258812	tympanoscopie uni ou	9,69		
lun	05/03/18	257795	potent.cereb.	95,69	H	5
		258296	cochl+otoemis	43,06		
		257633	ex labyrinthio	76,55		
mer	07/03/18	101290		25,11		4
		255054	audio avec tests com	33,17		
		257736	impedance metr	15,31		
		351035	tracheosc+/laryng	36,5		
lun	07/05/18	101290		25,11	H	5
		258834	endoscopie nasale	28,7		
mer	09/05/18	101290		25,11		4
		255054	audio avec tests com	33,17		
		257736	impedance metr	15,31		
		258812	tympanoscopie uni ou	9,69		
		351035	tracheosc+/laryng	36,5		
lun	09/07/18	101290		25,11	H	5
		257736	impedance metr	15,31		
		258812	tympanoscopie uni ou	9,69		
		255054	audio avec tests com	33,17		
		351035	tracheosc+/laryng	36,5		
jeu	12/07/18	101290		25,11		4
		258274	strob.cord.voc	57,41		
		351035	tracheosc+/laryng	36,5		
lun	08/10/18	257913	et.rhino.permeab.n	25,52	H	5
		101290		25,11		
mer	10/10/18	351035	tracheosc+/laryng	36,5		4
		255054	audio avec tests com	33,17		
		257736	impedance metr	15,31		

j.prest	d.prest,	CODE	FLIBELLE	€	lieu	t.paie.	
		258812	<i>tympanoscopie uni ou</i>	9,69			
mar	13/11/18	351035	<i>tracheosc+/laryng</i>	36,5	H	5	
		101290		25,11			
		257736	<i>impedance metr</i>	15,31			
		258812	<i>tympanoscopie uni ou</i>	9,69			
		255054	<i>audio avec tests com</i>	33,17			
lun	19/11/18	257633	<i>ex labyrinthio</i>	76,55	H	5	
		257795	<i>potent.cereb.</i>	95,69			
		258296	<i>cochl+otoemis</i>	43,06			
mer	21/11/18	351035	<i>tracheosc+/laryng</i>	36,5		4	
		101290		25,11			
		255054	<i>audio avec tests com</i>	33,17			
		257736	<i>impedance metr</i>	15,31			
lun	10/12/18	258834	<i>endoscopie nasale</i>	28,7	H	5	
		101290		25,11			
ven	14/12/18	351035	<i>tracheosc+/laryng</i>	36,5		4	
		101290		25,11			
		257736	<i>impedance metr</i>	15,31			
		258812	<i>tympanoscopie uni ou</i>	9,69			
lun	14/01/19	258834	<i>endoscopie nasale</i>	28,7	H	5	
		101290		26,04			
lun	21/01/19	258274	<i>strob.cord.voc</i>	57,41		4	
		351035	<i>tracheosc+/laryng</i>	36,5			
		101290		26,04			
		255054	<i>audio avec tests com</i>	33,17			
		257736	<i>impedance metr</i>	15,31			
lun	01/04/19	101290		26,04	H	5	
jeu	04/04/19	258274	<i>strob.cord.voc</i>	57,41		4	
		351035	<i>tracheosc+/laryng</i>	36,5			
		101290		26,04			
lun	08/04/19	257633	<i>ex labyrinthio</i>	76,55	H	5	
		257795	<i>potent.cereb.</i>	95,69			
		258296	<i>cochl+otoemis</i>	43,06			
jeu	11/04/19	258274	<i>strob.cord.voc</i>	57,41		4	
		351035	<i>tracheosc+/laryng</i>	36,5			
		101290		26,04			
lun	03/06/19	101290		26,04	H	5	
ven	14/06/19	258274	<i>strob.cord.voc</i>	57,41		4	
		351035	<i>tracheosc+/laryng</i>	36,5			
		101290		26,04			
		255054	<i>audio avec tests com</i>	33,17			
		257736	<i>impedance metr</i>	15,31			
mar	06/08/19	255054	<i>audio avec tests com</i>	33,17	H	5	
		101290		26,04			
		257736	<i>impedance metr</i>	15,31			
		258812	<i>tympanoscopie uni ou</i>	9,69			
jeu	08/08/19	351035	<i>tracheosc+/laryng</i>	36,5		4	
		101290		26,04			
		255054	<i>audio avec tests com</i>	33,17			
		257736	<i>impedance metr</i>	15,31			
		258812	<i>tympanoscopie uni ou</i>	9,69			
lun	14/10/19	101290		26,04	H	5	
lun	21/10/19	351035	<i>tracheosc+/laryng</i>	36,5		4	
		101290		26,04			
		255054	<i>audio avec tests com</i>	33,17			
		257736	<i>impedance metr</i>	15,31			
		258812	<i>tympanoscopie uni ou</i>	9,69			
lun	02/12/19	101290		26,04	H	5	
		258834	<i>endoscopie nasale</i>	28,7			
jeu	05/12/19	101290		26,04		4	
		255054	<i>audio avec tests com</i>	33,17			
		257736	<i>impedance metr</i>	15,31			
		351035	<i>tracheosc+/laryng</i>	36,5			
lun	27/01/20	101290		26,61		4	
		255054	<i>audio avec tests com</i>	33,59			

j.prest	d.prest,	CODE	FLIBELLE	€	lieu	t.paie.	
		257736	<i>impedance metr</i>	15,5			
		258274	<i>strob.cord.voc</i>	58,13			
		351035	<i>tracheosc+/laryng</i>	36,96			
lun	03/02/20	101290		26,61	H	5	
		257913	<i>et.rhino.permeab.n</i>	25,84			
		258834	<i>endoscopie nasale</i>	29,06			

4 = Tiers payant numéro Dr A.

5 = Tiers payant numéro hôpital

### **1.6.3.3. Cas de madame D. (audition en date du 24/3/21)**

Pour la période du 15/5/2017 au 24/7/2020 :

**\*1\*** Il ressort de l'audition que tout ce qui est attesté sous le numéro de Tiers payant (numéro INAMI du Dr A.) (type de paiement : 4) semble être non effectué car la patiente déclare n'avoir consulté le Dr A. qu'à l'hôpital, auquel cas les prestations seraient facturées sous le numéro de tiers payant de l'hôpital (5). Les prestations non effectuées sont toutes les prestations du listing surlignées en gris, à savoir **38 prestations pour un montant de 1.178,16 EUR**.

Lors de son audition du 21/03/2021, Mme D. a déclaré :

*« Je vais toujours à l'hôpital de ..., jamais à son privé. Je ne sais pas s'il travaille en privé ou dans un autre endroit que l'hôpital de .... ».*

Il est à remarquer qu'aucune consultation n'est attestée ces jours-là, ce qui paraît difficile car la patiente n'étant pas OMNIO doit payer directement et recevoir une attestation de soins donnés (ASD).

Tableau anonymisé.

Il ressort du tableau que les prestations non effectuées attestées sous le numéro de tiers payant du Dr A. (type de paiement 4) suivent de 2 ou 3 jours la consultation qui a eu lieu à l'hôpital (tiers payant de l'hôpital : type de paiement 5) sauf pour la 1<sup>ère</sup> ligne où elles précèdent.

**On retrouve donc le même procédé de facturation que celui trouvé pour les deux cas précédents, à savoir que les jours qui suivent une consultation à l'hôpital, le Dr A. atteste sur son propre numéro de tiers payant des examens complémentaires qui semblent être non effectués.**

**\*2\*** Il ressort de l'audition que les laryngoscopies de code 351035 et les stroboscopies des cordes vocales de code 258274 n'ont pas été effectuées. Il s'agit de **13 prestations 351035 pour un montant de 402,40 EUR et 9 prestations 258274 pour un montant de 514,14 EUR**.

Lors de son audition du 21/03/2021, Mme D. a déclaré :

*« Quand je vais à la consultation chez le Dr A., il regarde ma gorge avec une languette en bois et une lumière qu'il a sur sa tête. Il regarde avec des cornets dans les oreilles et il met la caméra pour regarder dans le nez. Seulement pour le nez, la caméra. Il n'a jamais dû passer la caméra ailleurs que dans le nez.  
Sur question, je n'ai jamais eu des problèmes de voix et n'ai donc jamais fait de logopédie.  
C'est seulement quand j'ai un rhume que je peux avoir un problème de voix enrouée et alors, j'ai tout ce qu'il faut à la maison pour me soigner. Je ne suis jamais allée voir le Dr A. pour un problème de voix.  
Vous me demandez si, quand je vais à la consultation du Dr A., il est déjà arrivé qu'il passe la caméra dans ma gorge. Je vous réponds que non. Il ne m'a jamais fait dire des sons, non plus ».*

\*3\* Il ressort de l'audition que les codes de suppléments d'urgence 599594 attestés les 11/12/2018, 12/2/2019 et 14/5/2019 sont non effectués (indu 178,95 EUR), la patiente n'ayant jamais consulté en urgence.

Lors de son audition du 21/03/2021, Mme D. a déclaré :

« Sur question, je n'ai jamais dû aller à la consultation du Dr A. en urgence, que ce soit le soir, la nuit, ou le week-end (samedi, dimanche) ou un jour férié. »

Données authentifiées :

Madame D.

OA : ... assurabilité : ... n°assuré : ...

j.prest.	d.prest,	CODE	FLIBELLE	€	lieu	t.paiem.			
lun	15/05/17	257736	<i>impedance metr</i>	12,82		4			
		255010	<i>audio en chambre ins</i>	23,52					
		351035	<i>tracheosc+/laryng</i>	30,57					
		258274	<i>strob.cord.voc</i>	56,56					
ven	19/05/17	318920	<i>sup.hon.chir.accr</i>	2,27	H	5	Hospit.du 19 au 20/05/17		
		258661	<i>cloison.n</i>	256,11					
		598124	<i>surv.hos.1 5 j/accr</i>	19,92					
		255905	<i>res qu cor bil</i>	35,35					
		254844	<i>trait.ch.2 sinus</i>	426,85					
		254866	<i>trait.ch.3ou4.sinus</i>	512,22					
mar	23/05/17	351035	<i>tracheosc+/laryng</i>	30,57		4			
		258274	<i>strob.cord.voc</i>	56,56					
mar	30/05/17	258510	<i>endoscopie sinus</i>	76,16	H	5			
		102535	<i>cons.spec.accr</i>	13			3		
lun	19/06/17	102535	<i>cons.spec.accr</i>	13		3			
mer	21/06/17	257736	<i>impedance metr</i>	12,82		4			
		255010	<i>audio en chambre ins</i>	23,52					
		258834	<i>endoscopie nasale</i>	24,04					
lun	03/07/17	102535	<i>cons.spec.accr</i>	13		3			
		255010	<i>audio en chambre ins</i>	23,52			H	5	
		257736	<i>impedance metr</i>	12,82					
		258812	<i>tympanoscopie uni ou</i>	8,11					
		258834	<i>endoscopie nasale</i>	24,04					
mar	08/08/17	102535	<i>cons.spec.accr</i>	13		3			
		599616	<i>prest.+k25,n42/i42=@</i>	38,72			H	5	code d'urgence
		351035	<i>tracheosc+/laryng</i>	30,57					
jeu	10/08/17	257736	<i>impedance metr</i>	12,82		4			
		255010	<i>audio en chambre ins</i>	23,52					
		258834	<i>endoscopie nasale</i>	24,04					
mar	10/10/17	257736	<i>impedance metr</i>	12,82	H	5			
		255010	<i>audio en chambre ins</i>	23,52					
		258812	<i>tympanoscopie uni ou</i>	8,11					
		257913	<i>et.rhino.permeab.n</i>	21,37					
		258834	<i>endoscopie nasale</i>	24,04					
		101290		15,64			3		
mer	20/12/17	258510	<i>endoscopie sinus</i>	76,16	H	5			
		101290		15,64			3		
ven	22/12/17	255010	<i>audio en chambre ins</i>	23,52		4			

j.prest.	d.prest,	CODE	FLIBELLE	€	lieu	t.paiem.	
		258834	endoscopie nasale	24,04			
		258274	strob.cord.voc	56,56			
mer	10/01/18	258510	endoscopie sinus	77,43	H	5	
		101290		16,11		3	
ven	12/01/18	255010	audio en chambre ins	23,86		4	
		257736	impedance metr	13,02			
		351035	tracheosc+/laryng	31,03			
		258274	strob.cord.voc	57,41			
Mer	21/03/18	258510	endoscopie sinus	77,43	H	5	
		101290		16,11		3	
ven	23/03/18	258274	strob.cord.voc	57,41		4	
		351035	tracheosc+/laryng	31,03			
		257736	impedance metr	13,02			
		255010	audio en chambre ins	23,86			
ven	20/04/18	258661	cor.sperch+sper.cl.n	259,95	H	5	Hospit.du 20 au 21/04/18
		318920	sup.hon.chir.accr	2,3			
		255905	res qu cor bil	35,88			
		254844	trait.ch.2 sinus	433,26			
		254866	trait.ch.3ou4.sinus	519,91			
lun	23/04/18	258834	endoscopie nasale	24,4	H	5	
		101290		16,11		3	
mer	25/04/18	258274	strob.cord.voc	57,41		4	
		351035	tracheosc+/laryng	31,03			
lun	30/04/18	351035	tracheosc+/laryng	31,03	H	5	
		257736	impedance metr	13,02			
		258812	tympanoscopie uni ou	8,24			
		101290		16,11		3	
lun	14/05/18	258510	endoscopie sinus	77,43	H	5	
		101290		16,11		3	
jeu	17/05/18	258274	strob.cord.voc	57,41		4	
		351035	tracheosc+/laryng	31,03			
lun	18/06/18	258510	endoscopie sinus	77,43	H	5	
		101290		16,11		3	
jeu	21/06/18	258274	strob.cord.voc	57,41		4	
		351035	tracheosc+/laryng	31,03			
lun	13/08/18	351035	tracheosc+/laryng	31,03	H	5	
		255010	audio en chambre ins	23,86			
		257736	impedance metr	13,02			
		258812	tympanoscopie uni ou	8,24			
		257913	et.rhino. permeab. n	21,7			
		101290		16,11		3	
lun	15/10/18	258834	endoscopie nasale	24,4	H	5	
		257913	et.rhino. permeab. n	21,7			
		101290		16,11		3	
mar	11/12/18	255010	audio en chambre ins	23,86	H	5	
		599594	prest.+k50,n85/i85=@	59,65			Code d'urgence
		350055	rech allergene.pr.t	20,69			
		257736	impedance metr	13,02			
		258812	tympanoscopie uni ou	8,24			
		101290		16,11		3	
mar	12/02/19	258834	endoscopie nasale	24,4	H	5	
		599594	prest.+k50,n85/i85=@	59,65			Code d'urgence
		258812	tympanoscopie uni ou	8,24			

j.prest.	d.prest,	CODE	FLIBELLE	€	lieu	t.paiem.	
		257736	<i>impedance metr</i>	13,02			
		255010	<i>audio en chambre ins</i>	23,86			
		101290		17,04		3	
mar	14/05/19	599594	<i>prest.+k50,n85/i85=@</i>	59,65	H	5	
		258510	<i>endoscopie sinus</i>	77,43			
		101290		17,04		3	
ven	17/05/19	258834	<i>endoscopie nasale</i>	24,4		4	
		255010	<i>audio en chambre ins</i>	23,86			
		258812	<i>tympanoscopie uni ou</i>	8,24			
		257736	<i>impedance metr</i>	13,02			
lun	12/08/19	351035	<i>tracheosc+/laryng</i>	31,03	H	5	
		255010	<i>audio en chambre ins</i>	23,86			
		257736	<i>impedance metr</i>	13,02			
		258812	<i>tympanoscopie uni ou</i>	8,24			
		101290		17,04		3	
lun	14/10/19	255010	<i>audio en chambre ins</i>	23,86	H	5	
		257736	<i>impedance metr</i>	13,02			
		258812	<i>tympanoscopie uni ou</i>	8,24			
		101290		17,04		3	
mer	16/10/19	258274	<i>strob.cord.voc</i>	57,41		4	
		351035	<i>tracheosc+/laryng</i>	31,03			
lun	16/12/19	101290		17,04		3	
		255010	<i>audio en chambre ins</i>	23,86		5	
		257736	<i>impedance metr</i>	13,02			
		258812	<i>tympanoscopie uni ou</i>	8,24			
		258834	<i>endoscopie nasale</i>	24,4			
lun	17/02/20	101290		17,61		3	
		255010	<i>audio en chambre ins</i>	24,16		5	
		257736	<i>impedance metr</i>	13,18			
		258812	<i>tympanoscopie uni ou</i>	8,34			
		258834	<i>endoscopie nasale</i>	24,71			
lun	20/07/20	101290		17,61	H	5	
		258510	<i>endoscopie sinus</i>	78,51			
ven	24/07/20	255010	<i>audio en chambre ins</i>	24,16		4	
		257736	<i>impedance metr</i>	13,18			
		351035	<i>tracheosc+/laryng</i>	31,42			

3 = paiement direct

4 = Tiers payant numéro Dr A.

5 = Tiers payant numéro hôpital

#### **1.6.4. Suspicion de la mise en place par le Dr A. d'une systématique d'attestation en tiers payant sous son propre numéro de tiers payant, suite à une consultation à l'hôpital, de prestations qui semblent être non effectuées**

De l'analyse des 3 cas repris au point précédent, est pressentie l'existence d'une systématique de facturation par le Dr A., sous son numéro de tiers payant, quelques jours (en général 2 jours) après une consultation à l'hôpital, de prestations qui semblent être non effectuées. Dans quelques cas, cette facturation a lieu quelques jours avant la consultation à l'hôpital.

Il semble donc se servir des données personnelles des assurés dont il a eu connaissance par des consultations à l'hôpital pour facturer à l'assurance soins de santé sous son propre numéro de tiers payant des prestations indument.

**1.6.4.1.** Ce procédé semble se retrouver quand sont étudiés 3 mois de prestations issues des données authentifiées. Toutes les prestations des 3 mois complets les plus récents des données authentifiées dont le Service peut disposer, à savoir les prestations datées des mois de juillet, août et septembre 2020, ont été listées et les prestations suspectes d'être non effectuées ont été grisées (*cf annexe n°4*).

Ainsi, au cours de cette période, 1.630 prestations sur un total de 8.112 prestations (c'est-à-dire sur le total des prestations facturées tant au titre de sa pratique à l'hôpital, que de sa pratique dans son cabinet privé) paraissent suspectes et constituent donc 20,1% du total des prestations facturées à l'assurance soins de santé (*cf annexe n°4*).

Au cours de cette période, ce sont donc 43,57% des prestations attestées en tiers payant sous le numéro de tiers payant du Dr A. qui sont suspectes (1630 prestations suspectes ; 3741 prestations attestées sous le numéro de tiers payant du Dr A.) (*cf annexe n°4*).

En terme de séances suspectes (consultation et/ou examens complémentaires présentant la même date), 433 séances sur un total de 2.450 séances semblent suspectes, ce qui constitue 17,7% du total des jours pour lesquels une consultation et/ou des examens complémentaires sont attestés (*cf annexe n°4*).

Par ailleurs, les patients pour lesquels ce procédé est observé habitent tous autour de ... (code postal commençant par ...). Or, les prestations suspectes sont attestées en tiers payant sous le numéro de tiers payant du Dr A., comme si la prestation avait eu lieu à son cabinet privé situé à ... : que les assurés de la région de ... se soit déplacés dans une telle proportion au cabinet privé ne peut que susciter les interrogations du Service.

En outre, quand un assuré non bénéficiaire de l'intervention majorée paie une consultation en paiement direct à l'hôpital (type de paiement 3), quelques jours après le Dr A. facture à l'assurance soins de santé des examens sous son numéro de tiers payant (type de paiement 4), mais ne facture pas de consultation à l'assurance soins de santé. Dans cette hypothèse, les examens complémentaires facturés sous son numéro de tiers payant paraissent vraiment suspects.

**1.6.4.2.** Enfin, l'OA 500 a transmis au Service des données de facturation récentes concernant des prestations du Dr A. (dont la date de prestation est comprise entre le 16 novembre 2020 et le 22/02/2021 et dont la date d'introduction est comprise entre le 22/01/2021 et 25/03/2021) : ces données laissent voir que le procédé décrit ci-dessus se retrouve (*cf annexe n°5 - cas récents*).

En effet, dans ces données, on peut observer des prestations suspectes sur la période (date de prestations) allant du 17 novembre 2020 au 22/02/2021 et introduites auprès de l'OA 500 entre le 27/01/2021 et le 25/03/2021, soit 38 séances suspectes avec 178 prestations suspectes pour un montant remboursé par l'assurance soins de santé de **4.789,78 EUR** (cf annexe n°5 - cas récents).

En conclusion, une systématique paraît avoir été mise en place, depuis plusieurs années, par le Dr A. pour attester sous son propre numéro de tiers payant des prestations non effectuées au nom d'assurés qu'il a vus en consultation à l'hôpital, ce qui paraît perdurer en 2021.

## **2. DISCUSSION**

### **2.1. Sur les moyens de défense relatifs aux indices graves, précis et concordants de fraude exposés dans la demande de moyens de défense**

---

#### **2.1.1. Position du Docteur A.**

Dans ses moyens de défense, le Docteur A. explique qu'il travaille 10 à 12 heures par jour, 5 jours et demi par semaine et qu'il a donc développé un service et une patientèle importante.

Il reconnaît néanmoins « quelques prestations erronées, exagérées, excessives, tardivement prestées, dont j'assume les conséquences ».

Toutefois, il a l'impression que certains patients oublient ce qu'il a expliqué avant et après l'opération ou oublient les prestations qu'il a pratiquées.

Il insiste sur la qualité des soins qu'il donne :

*« toutes mes opérations chirurgicales j'ai toujours travaillé avec précision je vois mes patients avant l'opération et on post-op et j'assure le suivi 24h/24, je revois mes patients 1x/semaine pendant un mois puis 1x/mois pendant 5 à 6 mois et après selon la pathologie.*

*En annexe le scanner des sinus ainsi le protocole opératoire septoplastie + 3 sinus bilatérales*

*Comment on pratique une opération endonasale endoscopique sans pratiquer des endoscopies avant et après opérations ? ».*

#### **2.1.2. Position du SECM**

**2.1.2.1.** Le Docteur A. ne répond pas de manière précise aux indices exposés dans la demande de moyens de défense.

Tout en semblant reconnaître en partie les faits en indiquant, en substance, assumer les conséquences de ses actes, il évoque le fait que les assurés pourraient oublier les examens dont ils ont fait l'objet.

Il parle de manière générale ce qui ne donne pas de réponse précise aux indices formulés par le Fonctionnaire dirigeant du SECM.

Quand le Dr A. produit le protocole opératoire de B. et le protocole du CT scanner des sinus de la même assurée du 06/09/2014, il semble implicitement répondre au cas d'assuré de Madame B. décrit dans la demande de moyens de défense (cf §6.3.1).

Le Dr A. produit probablement ces documents car, lors de son audition, Mme B. ne se souvenait pas avoir été opérée des sinus le 23/03/2018, alors qu'elle se souvenait de l'intervention de ce jour-là pour la cloison du nez :

*« Sur question, l'intervention ne concernait que la cloison du nez, pas les sinus. Ma mère vous dit que quand j'étais petite, j'ai été opérée des amygdales et des végétations.  
On a opéré le nez parce que j'éternuais beaucoup et j'avais du mal à respirer par le nez. Il fallait toujours que Je respire par la bouche.  
Depuis l'intervention, je sais respirer par le nez normalement, tout va bien.  
Sur question, je n'ai jamais eu de sinusite. Avant l'intervention, le Dr A. a demandé un scanner des sinus. Il ne m'a pas donné le résultat.  
Vous me demandez si, en même temps que l'intervention pour la cloison, le Dr A. a aussi opéré pour les sinus. Je vous réponds que non.  
Pour l'intervention, je suis restée un jour et demi à l'hôpital. Je me souviens que c'était le 23 mars en 2018. Je suis sortie le lendemain. Je suis sortie sans avoir vu le Dr A.. Je suis retournée, chez le Dr A., 8 à 10 jours après l'intervention pour aller tirer les drains. J'avais un drain dans chaque narine dont il m'avait demandé de les garder jusqu'à la consultation. Je ne suis pas allée avant cela et certainement pas pour passer la caméra dans le nez puisque j'avais des drains ».*

Le Service relève que, sur le protocole opératoire qu'il adresse au Service avec ses moyens de défense, le Dr A. a ajouté des mentions manuscrites pour expliquer ce qu'il a fait lors de l'opération, ce qui peut laisser penser que le protocole opératoire n'était pas assez explicite et clair.

Il est curieux que le Dr A. justifie l'attestation de l'opération des sinus sur base du CT scanner que Mme B. a passé le 6/09/2014 (dont la conclusions était : « *sinusite chronique des sinus maxillaires, des cellules ethmoïdales et sinus sphénoïdal* »), soit 4 ans avant l'intervention, et alors qu'il n'y avait pas de modification des plaintes de la patiente (nez bouché et éternuements fréquents).

Compte tenu de l'opération du 23/03/2018, l'endoscopie nasale du 26/03/2018 paraît suspecte, puisque l'assurée avait des mèches dans les deux narines. Il en est de même pour les trachéoscopie et/ou laryngoscopie (code 351035), puisque Mme B. est formelle sur le fait qu'elle n'en a jamais eues.

Les déclarations de Mme B. sur les prestations autres que celles relatives à son opération du 23/03/2018 semblent en adéquation avec les consultations facturées en tiers payant par l'hôpital (qui ne sont pas suspectes) qui tombent des mercredis, ce qui correspond à ce qu'a déclaré Mme B. qui travaille au même endroit depuis 2013 et a dit prendre des jours compensatoires les mercredis après midi.

Dans ces conditions, les éléments produits par le Dr A. ne remettent pas en cause les prestations qui ont été considérées comme suspectes par le Service au terme du tableau où les prestations suspectes étaient grisées (p. 22-23 de la de la fiche « suspension des paiements en tiers payant) et l'indice relatif à la suspicion d'attestation de prestations non effectuées (§6.3.) ne peut qu'être maintenu.

**2.1.2.3.** Quant à l'indice relatif aux hauts profils du Dr A. et notamment de son positionnement par rapport aux autres O.R.L. du pays (§6.1. et §5), le Docteur A. ne répond pas aux chiffres précis et objectifs exposés par le Fonctionnaire dirigeant du SECM dans la demande de moyens de défense.

Dans ces conditions, le premier indice relatif aux profils dans la demande de moyens de défense ne peut qu'être maintenu.

**2.1.2.4.** Quant à l'indice relatif aux hauts percentiles du Dr A. (§3 et 6.2), le Dr A. ne répond pas aux chiffres précis et objectifs exposés par le Fonctionnaire dirigeant du SECM dans la demande de moyens de défense.

Dans ces conditions, cet indice relatif aux hauts percentiles ne peut qu'être maintenu.

**2.1.2.5.** Quant à l'indice relatif à la suspicion de la mise en place par le Dr A. d'une systématique d'attestation en tiers payant sous son propre numéro de tiers payant, suite à une consultation à l'hôpital, de prestations qui semblent être non effectuées (§6.4), le Dr A. ne répond pas aux éléments précis exposés par le Fonctionnaire dirigeant du SECM dans la demande de moyens de défense

Dans ces conditions, cet indice relatif à la suspicion de la mise en place par le Dr A. d'une systématique d'attestation en tiers payant sous son propre numéro de tiers payant, suite à une consultation à l'hôpital, de prestations qui semblent être non effectuées ne peut qu'être maintenu.

## **2.2. Sur la portée et la durée de la mesure provisoire prise par le Fonctionnaire dirigeant sur SECM à l'égard du Docteur A.**

---

**2.2.1.** Le SECM considère que les éléments visés dans la demande de moyens de défense sont suffisants pour répondre aux exigences de l'art. 77sexies de la loi SSI, qui ont été précisées dans les directives du 19 avril 2017 portant exécution de l'article 13bis, §2, 6° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnité, coordonnée le 14 juillet 1994 arrêtées par la Commission Anti-Fraude de l'INAMI qui définissent les notions d'indices de fraude graves, précis et concordants. Ces directives définissent la notion de grave comme étant :

*« La notion de grave*

*Il doit s'agir de faits graves, comme par exemple une série de prestations non effectuées. **Il doit s'agir à chaque fois d'un élément crédible, concret et vérifiable.***

***Des données concrètes** concernant une facturation indue importante renforcent la gravité ; cela peut également être le cas pour des séries d'infractions en matière de conformité.*

*Les indices ne doivent pas être des faits prouvés, mais ne peuvent pas non plus reposer sur de vagues suppositions. Ils doivent être suffisamment crédibles. **Il doit s'agir à chaque fois d'un élément crédible, concret et vérifiable, mais les éléments matériels et intentionnels de la fraude ne doivent pas être prouvés** »<sup>1</sup>.*

Les indices relevés par le SECM répondent bien à ces critères, puisqu'ils reposent tous sur des pièces clairement déterminables et matérialisant « un élément concret, crédible et vérifiable » :

- L'indice relatif aux hauts profils en comparaison avec ses pairs (§6.1 de la fiche annexée à la demande de moyens de défense et exposant les indices de fraude) et celui relatif aux hauts percentiles reposent sur des données objectives, issues de Dabrali qui synthétisent les données de facturation introduites par le Docteur A. et ses

---

<sup>1</sup> Directives du 19 avril 2017 portant exécution de l'article 13bis, §2, 6° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnité, coordonnée le 14 juillet 1994 arrêtées par la Commission Anti-Fraude de l'INAMI définissent les notions d'indices de fraude graves, précis et concordants (M.B., 15 septembre 2017)

pairs en remboursement de l'assurance soins de santé et enregistrées par les organismes assureurs. Il s'agit de données précises et fiables ;

- L'indice relatif à la suspicion d'attestation de prestations non effectuées (§6.3) repose sur trois auditions d'assurés et le croisement de leurs déclarations avec ce qui a été facturé à l'assurance soins de santé ;
- L'indice relatif à la suspicion de la mise en place par le Dr A. d'une systématique d'attestation en tiers payant sous son propre numéro de tiers payant, suite à une consultation à l'hôpital des prestations qui semblent être non effectuées (§6.4.) repose sur les données authentifiées (Loi SSI, art. 138) qui permettent au Service d'identifier toutes les prestations facturées sous le numéro de tiers payant soit de l'hôpital pour lequel le Dr A. travaille, soit du Dr A. lui-même, dans le cadre de la pratique de son cabinet privé.

**2.2.2.** Le SECM ne doit pas prouver, à ce stade, ce qu'il entend démontrer dans le cadre d'une instruction ultérieure. L'art. 77 *sexies* de la loi SSI n'impose pas au SECM d'apporter des éléments prouvant la fraude.

Les travaux préparatoires de la loi du 4 avril 2014 font référence, concernant la notion de fraude, aux articles 232 et suivants du Code pénal social<sup>2</sup>.

La Cour de cassation a pu ainsi considérer que :

*« L'application du principe général du droit 'Fraus omnia corrumpit' suppose l'existence d'une fraude, laquelle implique la volonté malicieuse, la tromperie intentionnelle, la déloyauté dans le but de nuire ou de réaliser un gain »<sup>3</sup>.*

La Cour du travail de Bruxelles a déjà jugé, concernant la notion de fraude, que :

*« En matière civile, le principe général de droit fraus omnia corrumpit suppose l'existence d'une fraude, laquelle implique la volonté malicieuse, la tromperie intentionnelle, la déloyauté dans le but de nuire ou de réaliser un gain. Il emporte que l'acte entaché de fraude ne saurait jamais être opposé aux tiers ni aux parties, c'est-à-dire produire aucun effet dont l'auteur pourrait se prévaloir à l'égard d'autrui ou invoquer contre autrui.*

*En l'espèce, il ressort des pièces que des prestations de travail étaient impossibles, la société n'ayant aucune existence de fait, et que le demandeur a transmis à l'O.N.Em. et à l'organisme assureur en A.M.I. des documents inexacts, dans le but d'obtenir des prestations auxquelles il n'avait pas droit. La fraude entendue au sens civil est suffisamment établie, sans qu'il soit nécessaire d'attendre les suites d'une éventuelle procédure pénale »<sup>4</sup>.*

En outre, dans le cadre d'une fraude à l'assurance soins de santé et indemnité, la Cour du travail de Mons a jugé que :

*« La fraude ou les manœuvres frauduleuses portant le délai de prescription à 5 ans n'ont pas été définies par le législateur dans le cadre de la réglementation en matière d'assurance maladie-invalidité.*

<sup>2</sup> <http://www.dekamer.be/FLWB/pdf/53/3349/53K3349001.pdf>, p. 65

<sup>3</sup> Cass., arrêt du 3 octobre 1997, R.G. C.96.0318.F, Pas., 1997, I, 962

<sup>4</sup> C. trav. Bruxelles (8<sup>e</sup> ch.), arrêt du 20 novembre 2014, *Chron. D. S.*, liv. 2, p. 83

Sont visées de manière générale les situations de dol et de fraude qui recourent :

- pour le dol, tous les cas de surprises, fraude, finesse, feintise, ainsi que toute autre mauvaise voie destinée à tromper quelqu'un

- pour la fraude, les agissements malhonnêtes aux yeux de la loi avec à chaque fois, comme trait commun, l'existence d'abstention(s), d'omission(s) ou d'agissement(s) volontaire(s) illicite(s) dont le bénéficiaire de prestations sociales use pour obtenir indûment l'octroi ou le maintien d'un revenu de remplacement ; octroi ou maintien qui ne découlent pas d'une simple erreur administrative. Il en découle que l'assuré social doit avoir en conscience de ce que ses actes ou son abstention de déclaration avai(en)t pour conséquence la perception de prestations auxquelles il n'avait pas droit.

Quant à la preuve de l'intention frauduleuse, l'appelant ne pouvait évidemment ignorer l'inexactitude des déclarations de revenus. Par les 10 notifications d'autorisation d'activité, il était parfaitement informé de l'ensemble des obligations à sa charge.

La faute délibérée absorbe toute la causalité »<sup>5</sup>.

Par ailleurs, sur le moment où la fraude doit être caractérisée, la Cour d'appel de Bruxelles a jugé :

« 11. Comme le relèvent à juste titre les appelants, cette notion d'indices de fraude revient à la question de savoir si l'administration a correctement signalé des « signes apparents et probables » (se référant au Petit Larousse) d'une fraude fiscale. A ce stade, les éléments ainsi retenus n'impliquent pas pour l'administration une démonstration de la fraude qui pourrait être retenue à charge du contribuable.

**La démonstration de la fraude éventuelle est forcément postérieure à la découverte d'indices de fraude** qui eux sont nécessaires pour autoriser légalement l'administration à procéder à des investigations auprès du contribuable »<sup>6</sup>.

Concernant la notion d'indice de fraude, la Cour de cassation, dans le cadre d'un litige en matière fiscale, a adopté le raisonnement suivant :

« L'application de l'article 333, alinéa 3, du Code des impôts sur les revenus 1992 requiert uniquement que les indices de fraude fiscale soient précisés dans la notification préalable sans qu'il soit requis que cette notification mentionne de manière précise quels projets ou intentions de nuire peuvent être mis à charge du contribuable. Il n'est pas davantage requis que l'administration fiscale dispose de faits connus ou de constatations qui peuvent donner lieu à la preuve de la fraude et qu'elle doive l'indiquer dans la notification préalable dès lors qu'il serait contraire à la volonté du législateur de contraindre au préalable l'administration à apporter une preuve de ce qu'elle veut précisément prouver sur la base d'une investigation complémentaire. La notification préalable des indices de fraude fiscale décrits avec précision suffit ainsi, sans que la preuve de la fraude fiscale doive déjà être apportée objectivement. **Ce n'est que lorsque les indices sont imprécis ou sont fondés sur des suppositions vagues ou pas crédibles, qu'il ne peut être conclu à l'existence d'indices de fraude fiscale** »<sup>7</sup>.

La mesure de l'article 77sexies de la loi SSI vise, dans le cadre d'une procédure de contrôle et, au regard de l'existence d'indices de fraude ou d'indices d'une intention frauduleuse, à prendre une mesure préventive qui consiste en une suspension temporaire des paiements par les

<sup>5</sup> C. trav. Mons, arrêt du 2 février 2012, B.I.-I.N.A.M.I, 2012, liv. 1, p. 67

<sup>6</sup> C.A. Bruxelles, 12.12.2007, Cause 2003/AR/2315

<sup>7</sup> Traduction libre – Cass. (1<sup>er</sup> ch.), arrêt du 7 avril 2016, RG. F14.0065.N, Cour. Fisc., liv. 11, p. 666

organismes assureurs. Il ne s'agit donc pas d'une sanction au même titre que celles prévues par les articles 142 et suivants de la loi SSI.

La fraude en tant que telle ne doit pas être prouvée, mais des indices concordants de fraude doivent être avancés. Ces indices ne peuvent pas reposer sur de vagues suppositions et doivent être suffisamment crédibles. Dès lors que plusieurs éléments crédibles, concrets et vérifiables sont démontrés, la mesure préventive suspension des paiements en tiers payants prévue à l'art. 77sexies de la loi SSI peut être prononcée.

En l'espèce, les indices de fraude relevés par le SECM reposent sur différents éléments chiffrés issus des données introduites en facturation de l'assurance soins de santé au nom du Dr A., mais aussi sur les déclarations des assurés recoupées avec les prestations facturées par le Dr A. à l'assurance soins de santé, ou encore les données Dabrali (notamment relativement aux profils du Dr A. et à son positionnement par rapport à ses pairs).

**2.2.3.** En conclusion, les moyens de défense du Docteur A. ne peuvent pas être retenus par le Service, car ils ne permettent pas d'écarter les indices de fraude relevés par le Service d'évaluation et de contrôle médicaux et énoncés ci-dessus qui reposent bien sur des éléments crédibles, concrets et vérifiables qui constituent des indices graves, précis et concordants de fraude :

- graves (semblent être facturées dans une proportion très importante à l'assurance soins de santé des prestations non effectuées, ce qui est l'infraction la plus grave pouvant être constatée par le personnel d'inspection du SECM) ;
- précis (ces indices sont fondés notamment sur les données de facturation introduites en tiers payant par le Docteur A. auprès des organismes assureurs, sur la hauteur des profils et percentiles, sur la comparaison avec ses pairs, sur des déclarations d'assurés) ;
- et concordants (il ressort de ces indices que le Dr A. paraît avoir mis en place une ou plusieurs manœuvre(s) pour percevoir des sommes indues de l'assurance soins de santé).

**2.2.4.** En substance, le Dr A. sollicite l'indulgence du Fonctionnaire dirigeant pour les paiements en tiers payant afin qu'il puisse continuer à travailler et assurer le suivi médical de ses patients.

La mesure prévue à l'article 77sexies de la loi SSI ne constitue pas une interdiction de travailler et la continuité des soins n'est pas entravée.

**2.2.4.1.** L'article 77sexies de la loi ASSI prévoit que :

*« S'il existe des indices graves, précis et concordants de fraude dans le chef d'un dispensateur de soins au sens de l'article 2, n, **les paiements** par les organismes assureurs à ce dispensateur de soins et/ou à l'entité qui organise la perception des sommes dues par l'assurance obligatoire soins de santé, dans le cadre du régime du tiers payant **peuvent être suspendus**, totalement ou partiellement, pour une période maximale de 12 mois ».*

La loi parle donc de la suspension des paiements par les organismes assureurs et non de la facturation des prestations par le dispensateur de soins, même en tiers payant, aux organismes assureurs.

Les travaux parlementaires à l'origine de l'article 77*sexies* le confirment :

*« le processus de tarification lui-même ne doit pas être arrêté, seuls les paiements sont suspendus »*<sup>8</sup>.

Le Dr A. est en droit de poursuivre la facturation en tiers payant des prestations qu'il effectue pour des assurés bénéficiaires de l'intervention majorée.

Si le Dr A. estime devoir appliquer le tiers payant à certains assurés, il ne recevra les remboursements qu'en l'absence de procès verbal de constat établi par le Service d'évaluation et de contrôle médicaux dans les douze mois suivants la décision.

**2.2.4.2.** Pour médecins spécialistes, il n'y a pas de tiers payant obligatoire dans le chef des patients.

Le tiers payant n'est un droit pour les patients bénéficiaires de l'intervention majorée que pour les prestations des médecins généralistes (Loi SSI, art. 53 ; A.R. du 18/09/2015)<sup>9</sup>.

Il reste donc la possibilité pour le Dr A. pour facturer les prestations à l'assurance soins de santé de délivrer aux assurés des attestations de soins papier introduites par les assurés pour se faire rembourser les prestations qu'ils auront reçues et payées.

**2.2.4.3.** La mesure de l'article 77*sexies* de la loi SSI ne constitue pas une interdiction de travailler.

Comme le rappellent les directives portant exécution de l'article 13*bis*, §2, 6°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, « *il ne faut en l'occurrence pas perdre de vue que l'objectif du législateur est d'instaurer une mesure provisoire permettant d'éviter d'éventuels futurs montants indus* » (exposé des motifs, Ch. Repr., sess. 2013-2014, Doc 53 3349/001, p. 65).

Cette **mesure provisoire** ne constitue pas une sanction, ni une interdiction de travailler.

Le Tribunal du Travail de Bruxelles (avant que la loi n'attribue sa compétence aux chambres de première instance et de recours) a eu à connaître d'une situation similaire, à savoir une contestation d'une décision prise sur le fondement de l'article 77*sexies* de la loi SSI, par le Fonctionnaire dirigeant du SECM, à l'encontre d'un médecin généraliste qui exerçait auprès d'une patientèle défavorisée.

Le Tribunal du travail a jugé que cette mesure dont le généraliste faisait l'objet ne constituait pas une interdiction de travailler, puisque la mesure de suspension n'avait pas d'impact sur les patients qui pouvaient continuer à bénéficier du tiers payant quand ils consultaient leur médecin généraliste<sup>10</sup>.

---

<sup>8</sup> Exposé des motifs, Ch. Repr., sess. 2013-2014, Doc 53 3349/001, p. 65 :

<https://www.lachambre.be/FLWB/pdf/53/3349/53K3349001.pdf>

<sup>9</sup> <https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/sante/medecins/metier/Pages/tiers-payant-obligatoire.aspx>

<sup>10</sup> Tribunal du travail néerlandophone de Bruxelles, 17/07/2018, n° rôle : 17/2033/A  
[https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/bi2018\\_2\\_jurisprudence\\_VII.pdf](https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/bi2018_2_jurisprudence_VII.pdf)

De même, le 4 juillet 2019<sup>11</sup>, la Chambre de première instance, juridiction administrative instituée auprès de l'INAMI et composée d'un magistrat professionnel, de deux membres présentés par les organismes assureurs et de deux membres présentés par la profession du dispensateur de soins concerné par le litige, alors qu'elle était saisie d'une demande de suspension de la décision fondée sur l'article 77sexies de la loi SSI prononcée contre un médecin radiologue qui invoquait également que la mesure contestée lui causait un « préjudice important, tant sur le plan économique, avec une perte importante de patientèle, que sur le plan moral, sa réputation étant fortement atteinte » (p.13), l'a rejetée au motif que :

*« la mesure prise en application de l'article 77sexies ne vise que le remboursement en tiers payant directement au prestataire de soins. Elle ne vise pas le remboursement par les mutuelles aux patients des prestations effectuées par le Docteur A ».*

*« le Docteur A. n'a pas fait l'objet d'une interdiction d'exercer de sorte que l'on aperçoit mal pourquoi la Société H. devrait le licencier puisque, selon les précisions données à l'audience, il est le seul radiologue occupé pour faire fonctionner les deux centres de radiologie » (p. 14).*

Ce radiologue évoquait travailler dans un quartier paupérisé, avoir une patientèle entrant dans les critères d'application du tiers payant facultatif, ce d'autant que l'activité de radiologue engendre des prestations d'un coût très élevé.

Au vu du fait que la mesure prise à l'encontre de ce dispensateur de soins ne l'empêchait pas de travailler et de demander aux patients le paiement des prestations à charge pour eux de se faire rembourser par la mutuelle, la Chambre de première instance n'a pas fait droit à la demande de ce radiologue.

Le Dr A. est en droit, dans le cadre de sa pratique privée, de leur demander le paiement de la prestation contre remise d'une attestation de soins à introduire à la mutuelle qui la leur remboursera.

La continuité des soins est donc assurée.

**2.2.5.** Au-delà des conditions d'enquête rendues plus difficiles du fait de la pandémie, le Fonctionnaire dirigeant décide de prononcer une mesure provisoire sur le fondement de l'article 77sexies de la loi SSI d'une durée de 12 mois, compte tenu du fait que les données des organismes assureurs vont devoir être analysées méticuleusement ce qui prend du temps, compte tenu de l'ampleur du volume des prestations en jeu, du nombre d'assurés concernés par l'enquête et enfin, compte tenu de la nécessité de réaliser une enquête en profondeur, des nombreux devoirs d'enquêtes encore à réaliser, comme, par exemple, le questionnement des témoins ou leur audition.

Dans la mesure où les indices de fraude portent principalement sur la facturation à l'assurance soins de santé des prestations du Dr A. introduites dans le cadre de sa pratique privée sous son propre numéro de tiers payant, la mesure de suspension des paiements en tiers payant par les organismes assureurs porte les prestations introduites en facturation par le Dr A. sous son propre numéro de tiers payant.

---

<sup>11</sup> CPI, 4/07/2019, FA-011-19,

[https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/jurisprudence\\_cpi\\_medecin\\_20190704\\_1.pdf](https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/jurisprudence_cpi_medecin_20190704_1.pdf)

Au regard de tous ces éléments et des indices de fraude relevés dans le chef du Docteur A., le Fonctionnaire-dirigeant du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI estime que doit être ordonné, conformément à l'art. 77sexies de la loi SSI coordonnée le 14/07/1994, la suspension totale des paiements par les organismes assureurs dans le cadre du régime du tiers payant pour une période de 12 mois pour les prestations introduites au remboursement par le Docteur A. (N° INAMI : 15659560) sous son propre numéro de tiers payant.

**PAR CES MOTIFS,**

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"><li>- Déclare qu'il existe des indices graves, précis et concordants de fraude relatifs à la facturation à l'assurance soins de santé en tiers payant du Docteur A. (n° INAMI : ...) ;</li><li>- Ordonne conformément à l'art. 77sexies de la loi SSI coordonnée le 14/07/1994, la suspension totale des paiements par les organismes assureurs dans le cadre du régime du tiers payant pour une période de 12 mois pour les prestations introduites au remboursement par le Docteur A. (n° INAMI : ...) sous son propre numéro de tiers payant.</li></ul> |
|--|

Ainsi décidé à Bruxelles.

Le Fonctionnaire-dirigeant,

Docteur Philip Tavernier

Médecin directeur général