

Santé : 11 millions de fraude

ENQUÊTE Plus de 639.000 infractions constatées en 2013

► L'Inami chasse les prestations facturées et non prestées, ainsi que les surconsommateurs.

► Mais les contrôlés protestent : on cherche parfois la petite bête, au risque de laisser nager les gros fraudeurs.

Des dentistes qui facturent jusqu'à 424.000 euros par an à l'Inami, faisant croire qu'ils jouent de la fraise de l'aube à la nuit, des infirmières qui imputent 50 toilettes complètes de patients par jour. D'autres qui attestent de pansements plus complexes ou d'une dépendance plus forte pour toucher le prix fort. Ou des spécialistes qui multiplient des examens à tort. C'est une partie des horreurs que le service d'évaluation et contrôle médicaux (SECM), le gendarme de l'Inami a épinglé en 2013. Avec un nombre hallucinant d'infractions : 639.145. Et des remboursements et amendes qui frôlent les 11 millions, le préjudice que les prestataires de soins ont infligé à la Sécu.

Inquiétant ? Oui. Même si la nuance s'impose : il y a effectivement de grosses fraudes, avec volonté intentionnelle. Chez les infirmiers, par exemple, 21 dossiers dépassent les 25.000 euros. Et 140 infirmiers facturent plus de 200.000 euros par an, volume « impossible à réaliser », d'après les experts du SECM.

Mais la montagne d'infractions comprend aussi l'oubli d'un prénom sur une prescription ou la tenue aléatoire d'un dossier d'un patient palliatif. « Certaines infirmières se font déborder par l'administratif, c'est une activité où il faut répondre à la demande imprévue. Quand l'inspection passe, il

arrive que des dossiers ne soient pas impeccables. Certes, ce n'est pas correct et les associations professionnelles peuvent fournir des outils d'aide aux praticiens. Mais ce n'est pas nécessairement de la fraude », réagit Claudine Baudart, présidente des infirmières indépendantes de Belgique.

Autre grief du SECM : c'est l'infirmière qui détermine le taux de dépendance du patient sur une échelle (dite « de Katz »). Dans de nombreux cas, les médecins-contrôle constatent une surévaluation, donc un surpaiement. « Là aussi, il peut y avoir ambiguïté. Le patient peut paraître moins dépendant sur base d'une brève inspection. La réalité au jour le jour peut être bien différente. Ce n'est pas nécessairement l'infirmière qui se trompe », réagit Claudine Baudart. Il y a pourtant moyen de recourir : « Certaines remboursent sans faire-valoir leur bon droit, car ce sera long, tatillon et compliqué. Elles paient pour avoir la paix. Tout ce qui est classé comme fraude ne l'est donc pas nécessairement. Par ailleurs, ces chiffres peuvent paraître impressionnants, mais il y a plus de 22.000 infirmières à domicile, dont l'écrasante majorité sort indemne de ces contrôles. Pas de jugement généralisé ».

Le patron du SECM, le docteur Bernard Hepp, proteste qu'il ne met précisément pas tous les poissons dans le même panier, en distinguant bien l'erreur, qu'il suffit de rembourser pour être blanchi, de l'abus (où l'on sait qu'on tire profit) de la fraude, voire de la corruption, où l'on implique un tiers pour augmenter ses profits. « Quand nous constatons des écarts dus à une règle complexe ou mal appliquée, nous faisons d'abord des actions d'informations. Mais si l'écart persiste, on ne peut pas plaider la mauvaise info. De même, un professionnel

de la santé qui est averti individuellement une première fois mais qui continue à pratiquer des écarts avec la norme qui aboutit à des paiements indus peut difficilement plaider l'ignorance. Notre objectif est que chacun est un comporte-

ment correct. Mettre des radars mobiles n'a pas comme objectif premier d'engranger des amendes mais de faire diminuer les morts sur la route. Montrer que le système de l'Inami peut vérifier la norme à tout endroit, c'est permettre que chaque euro dépensé dans le système de la Sécu le soit à bon escient. Et on ne peut pas jauger nos résultats que sur base des sommes récupérées, mais aussi de celles qui ne sont pas fraudées parce que le contrôle est connu.

Quand le chat n'est pas là, les souris dansent... ». Le patron des gendarmes de l'Inami estime aussi « que le croisement de plus en plus efficace des différentes données, l'emploi des « big data », nous permet justement de

mettre en évidence les gros poissons, les systèmes

construits pour frauder, plutôt que l'erreur ponctuelle.

Dans le futur, nous voudrions aussi que les bonnes pratiques qui font partie d'un consensus scientifique, comme le nombre normal d'exams pour une pathologie donnée, deviennent des règles. Aujourd'hui, ce ne sont que des recommandations, que le praticien reste libre de dépasser. Ce ne serait pas grave si ce n'était au frais de la collectivité et au risque de mettre l'équilibre de la Sécu en péril ». ■

FRÉDÉRIC SOUMOIS

CONTRÔLES

Dentistes : « pas les gros poissons »

Le SECM traque notamment les dentistes qui dépassent systématiquement le taux des réinterventions sur une seule dent. Les contrôleurs estiment que cela ne peut pas dépasser 10 % des interventions. Certains dentistes grimpent à 60 % ! De même, certains dentistes semblent se multiplier. « Pour se justifier, certains disent opérer de 7h à 22h, 6 jours par semaine. Si c'est vrai, que penser de la qualité des soins apportés aux derniers patients », explique un contrôleur. Ensemble, les dentistes et les mutuelles ont donc convenu d'une valeur moyenne de prestation, la

valeur « P ». Le praticien peut s'en écarter... mais pas trop. Depuis le 1^{er} mars 2013, le système inter-mutuelles piste ceux qui dépassent deux fois cette moyenne. 35 dentistes dépassent et ont facturé 9,3 millions. Un seul a facturé 424.000 euros en 9 mois. « La qualité des soins est menacée », épingle le contrôleur. Le dentiste risque de devoir rembourser le trop-perçu. « Le système de contrôle rate certains gros poissons, mais traque des milliers de praticiens qui ne cherchent pas à frauder. Parfois, cela tourne à la chasse aux sorcières », rétorque Michel Devriese, qui préside la Société de médecine dentaire. « Un sur-consommateur peut être aussi un

maître de stage qui supervise des soins donnés par autrui. Un contrôle qui cherche la petite bête trouvera toujours une règle non respectée à la lettre. La stratégie suivie actuellement est plutôt de prélever un peu d'argent chez tout le monde plutôt que de mettre en place des mécanismes qui traquent les vraies fraudes. Les chiffres de la Sécu ne sont consolidés qu'après 2 ans. Ce n'est pas assez. Rendre le tiers-payant obligatoire ? C'est la porte ouverte aux abus, tout le monde le sait, puisque le client ne sait pas ce qui a été encaissé en son nom. On abuse plus facilement d'un système qui déresponsabilise le patient ».

FR.SO

RÉACTIONS

« Utiliser la carte électronique »

Xavier Brenez est directeur des Mutualités Libres, qui organisent mardi une table-ronde sur la fraude dans les soins de santé. Des solutions nouvelles ? Il en voit d'abord dans la toute nouvelle commission anti-fraude qui réunit les mutuelles avec l'Inami. « Il faut d'abord éviter ce qui est lié aux erreurs. Nous avons un système trop complexe, trop de règles et de nomenclatures. Cela induit qu'on punit parfois quelqu'un qui s'est juste trompé, mais aussi que des petits malins profitent d'une règle mal faite ou absente pour abuser le système ».

Mais le responsable voit aussi dans le tiers-payant (qui permet au patient de ne

pas avancer l'argent de la prestation) une faille : « des patients ignorent complètement ce qu'on facture en leur nom. Nous avons des suspicions sur base des certains volumes anormaux qui circulent dans nos données de remboursement. Nous les transmettons évidemment au SECM qui peut ensuite enquêter. Mais il ne peut le faire sur tous les cas. Notre proposition est d'utiliser la carte d'identité électronique du patient pour attester au moins que le médecin ou le kiné a bien vu le patient concerné. Cela empêcherait certains médecins de rentrer un volume de remboursement où il n'aurait vu chaque patient que 5 minutes. Quelle consultation peut-on rendre dans ce délai ? ». Le responsable mutuelliste estime aussi qu'utiliser davantage le forfait diminuerait

la pression de la fraude par rapport au système actuel, qui favorise la surconsommation puisque le remboursement se fait à l'acte.

« Comme ce qui va se faire dans le futur pour les hôpitaux ». De même, « on ne peut pas lutter contre la surconsommation si on ne met pas d'accord sur une norme. Combien de fois il est normal qu'un médecin voie par semaine tel type de patient. Est-ce acceptable ? Il est aussi essentiel de travailler en toute transparence financière, en affichant au patient ce qui est effectivement facturé. Et qu'il puisse vérifier si son médecin est conventionné. Je suis convaincu que, dans l'ignorance du patient, certains médecins facturent des suppléments tout en bénéficiant de la convention, ce qui est interdit ».

FR.SO