

UN POINT DE DÉNONCIATION DES FRAUDES MÉDICALES?



DU DOMAINE DU POSSIBLE...

Johanne Mathy

Il y a huit jours, la presse flamande rapportait que l'Inami et les mutuelles planchaient sur un point de contact via lequel les patients signaleraient dépenses inutiles dans les soins et pratiques frauduleuses de médecins. Une notification en ligne, simple et immédiate, comme le rend bien l'expression «kliklijn» usitée en Flandre. L'Absym réagissait illico, toutes griffes dehors à l'égard des OA. L'Inami tempère; Jean Hermesse, patron de la mutualité chrétienne, recentre le débat sur la transparence.

Ce fameux «point de contact», contextualise l'Inami, fait partie d'un bouquet de mesures structurelles envisagées, constituant l'une des solutions au problème de dépassement budgétaire. En février, Maggie De Block avait constitué une *task force* pour étudier la question. Celle-ci a dégagé plusieurs axes, dont le celui du contrôle accru. Toujours sur impulsion de la ministre, en juillet, l'axe est devenu un «Plan d'action en matière de contrôle des soins de santé 2016-2017», qui a été présenté en médico-mut fin août [et est par ailleurs visible sur le site inamien (*)]. Ledit plan égrène une volée de mesures, dont, en effet, un «point de contact fraude et gaspillage dans le secteur des soins».

«Le point contact n'est que l'une des mesures potentielles d'un arsenal qui en compte 34, qu'il faudra trier et hiérarchiser.»

Jean Hermesse

But premier du dispositif, souligne l'Inami: «lutter contre le gaspillage». Et d'illustrer par les échographies de grossesse non justifiées médicalement. «*Le scope de cette idée de 'point de contact' dépasse le simple signalement d'éventuelles infractions! Le point de contact serait capable de donner aux citoyens et aux dispensateurs des informations sur un certain nombre d'aspects bien délimités des soins de santé: factures d'hôpitaux, tarifs à respecter, etc.*» Pour l'institut, la mesure contribuerait à ce que le citoyen comprenne mieux les soins de santé, s'implique davantage, voit ses contacts avec le système facilités.

Avant toute chose, l'Inami va *benchmarker* des expériences analogues menées à l'étranger, mais aussi scruter le fonctionnement de points de contact opérationnels chez nous dans d'autres domaines (**). «*Un tel point de contact existe déjà aux Pays-Bas: Verspilling in de gezondheidszorg (www.verspillingindezorg.nl)*», précise l'Inami. Rendez-vous est pris, mi-septembre, avec son responsable.

«PAS DE DIAGNOSTICS CHEZ LES ASSUREURS»

Dès parution des premiers articles, l'Absym a réagi vertement. Sans légitimer d'aucune façon la surconsommation et les abus, le syndicat trouve – outre que c'est la

réputation de tout le corps médical qu'on souille – qu'un système de clic en ligne «*va beaucoup trop loin*» et «*ne fera que mettre à mal*» la relation médecin-patient.

Marc Moens s'insurge que, «*dans le projet de plan d'action présenté par l'Inami, les mutualités exigent que leurs médecins-conseils disposent de tous les diagnostics des patients*». Pour le président de l'Absym, un assureur – «*parce que c'est bien là ce que sont les mutualités*» – n'a pas le droit d'accéder aux diagnostics, car «*la sélection des patients devient alors un réel danger*». «*(Les mutuelles) veulent elles-mêmes définir ce que leurs affiliés, nos patients, peuvent ou non recevoir comme traitement*» (...) mais «*la mission d'organiser les soins des patients ne (leur) incombe pas*», martèle-t-il non sans revenir sur leurs casquettes multiples: «*Elles vendent des assurances, siègent dans bon nombre de conseils d'administration d'hôpitaux, gèrent des centaines de pharmacies, magasins de soins à domicile (...). Si fraude et surconsommation il y a, [elles] sont autant concernées que nous.*»

«NE PAS SE LAISSER ACCULER À DES MESURES LINÉAIRES»

Jean Hermesse, secrétaire général de la Mutualité chrétienne (MC), embraie sur l'Inami. «*Le point contact n'est que l'une des mesures potentielles d'un arsenal qui en compte 34, qu'il faudra trier et hiérarchiser. Le Plan est conduit par la ministre et traduit une volonté politique d'être proactif dans le contrôle des soins de santé, sur des éléments de fraude tels que la surfacturation ou les prestations non conformes ou non réalisées. Il y a toujours aussi cette grande hétérogénéité des pratiques médicales, en matière de prescription, d'interventions..., qui pose question. Quand on doit réduire la voilure pour raisons financières, il est logique de commencer par éviter les abus.*»

Jean Hermesse est heurté par les déclarations de l'Absym. «*Je regrette ce genre de sortie. On nous fait un procès d'intention!*» La pierre d'achoppement, dit-il, est l'exploitation des données de diagnostic pour améliorer le contrôle des prestations, leur conformité aux réglementations et leur correspondance avec la maladie constatée. «*Nous, ce qu'on souhaite, c'est une augmentation de la transparence, à gérer ensemble, pour rendre cette politique de contrôle plus efficace. Eux insinuent que le couplage va servir aux mutuelles pour de la sélection de risques, de l'orientation de patients. Nous n'avons pas cela à l'esprit!*», proteste-t-il.

«*Les contrôles souhaités par le gouvernement, ce n'est pas une idée nouvelle, ce n'est qu'une accélération des choses. Nous avons ici, sur la table, des propositions raisonnables, qui pourraient nous éviter d'être acculés, pour rectifier les dépassements, à des mesures linéaires, sans sélectivité, détestables car pénalisant tous les médecins*

▼ GBO: «Ne tirez pas sur l'ambulance!»

L'idée du point de dénonciation doit faire l'objet de discussions pour arriver à une note conceptuelle fin octobre, renseigne Paul De Munck. «*C'est sur la table mais rien n'a encore été débattu. Et nous-mêmes, au GBO, n'en avons pas encore parlé en bureau. On peut toutefois difficilement être contre l'idée de protéger les patients, les finances de l'assurance maladie, contre les fraudeurs. Mais si le projet doit se concrétiser, il faut veiller à ne pas entretenir un climat de délation*», réclame le président du syndicat. Les MG, déjà trop souvent présentés comme ignorants de ceci, sur-prescripteurs de cela... n'ont pas besoin qu'on en remette une couche. «*Des dispositions efficaces contre les confrères qui abusent consciemment du système de remboursement, d'accord. Il existe des choses inadmissibles, de la surfacturation, des dessous de table... Mais pas de chasse aux sorcières, s'il vous plaît. La profession a besoin d'un vrai soutien des politiques, pas qu'on tire sur l'ambulance!*»

Sans verser dans l'angélisme vis-à-vis des mutuelles, le GBO estime normal qu'elles défendent leurs patients lésés. Elles ne doivent pas pour autant devenir des sous-agents du fisc. «*Dans tout ceci, il faudra avant tout préserver la relation de confiance entre le prestataire et le patient, qui est le meilleur gage d'une bonne qualité des soins.*»

alors que l'immense majorité fait honnêtement son boulot. Mieux vaut se donner les instruments pour repérer les dépenses détournées.»

Pour le patron de la MC, «*si on avance dans la transparence, le point de contact ne sera sans doute pas la première mesure à mettre en place, d'autant qu'il créerait un climat de suspicion peu agréable. Il faudrait en outre recueillir et vérifier, le plus souvent, des ressentis, des impressions: 'je crois que tel docteur m'a compté un acte que je n'ai pas eu...'. Ce serait un investissement énorme en temps et en personnel. Est-ce bien le plus rentable?*».

Selon lui, le refus de médecins d'accroître la transparence questionne leur réelle volonté de gérer ensemble la problématique. Pire, cela rend suspicieux, en mode pas de fumée sans feu. «*Et puis, à tout refuser, on se met hors-jeu.*» ■

(*) <http://www.inami.fgov.be/fr/nouvelles/Pages/partenaires-promotion-controle-soins-efficaces.aspx>

(**) comme le point central de signalement pour qui s'estime victime d'une fraude ou d'une arnaque, pointdecontact.belgique.be, géré par plusieurs administrations (le SPF Economie, le SPF Finances, l'Afsca, la police...)