

DECISION DU FONCTIONNAIRE-DIRIGEANT DU 05 MAI 2015
BRS-F-14-025

Concerne : **Madame A.**
kinésithérapeute

Décision prise en vertu de l'article 143 §§ 1, 2 et 3 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

1 GRIEFS FORMULES

Trois griefs ont été formulés concernant Madame A., suite à l'enquête menée par les inspecteurs du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI.

En résumé, il lui est reproché :

1.1. Premier grief

Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer des documents réglementaires permettant le remboursement des prestations de santé lorsque les prestations n'ont pas été effectuées ou fournies.

En l'occurrence, il s'agit de prestations non effectuées portées en compte en tiers payant.

Infraction visée à l'art 73bis, 1° de la Loi ASSI coordonnée le 14 juillet 1994

1.1.1. *Base légale et réglementaire*

Nomenclature des prestations de santé, Art. 7. § 1^{er}, Prestations relevant de la compétence des kinésithérapeutes

1.1.2. *Prestations en cause*

560011 Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes M 24

560313 Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes M 24

560652 Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes M 24

563916 Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes M 24

1.1.3. Argumentation

Au vu des différents éléments en possession du SECM, il a été constaté, dans le chef de la kinésithérapeute Madame A., l'attestation de prestations de kinésithérapie non effectuées, lesquelles :

- a) soit ont été portées en compte à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, sous la modalité du tiers payant par la kinésithérapeute Madame A., alors que celle-ci n'avait jamais soigné ces patients auparavant et que le prescripteur des soins était inconnu des assurés sociaux et/ou n'avait eu aucun contact préalable avec ceux-ci (listing 1 de la discussion des cas) ;
- b) soit ont été portées en compte à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, sous la modalité du tiers payant, par la kinésithérapeute Madame A., dans les suites de prestations de kinésithérapie réalisées et facturées par celle-ci en paiement direct ou sous la modalité du tiers-payant. Dans ce dernier cas de figure, les prestations initiales avaient fait l'objet d'une prescription par un prestataire autre que celui qui a prescrit les prestations portées à grief, lequel était inconnu des assurés sociaux et/ou n'avait eu aucun contact préalable avec ceux-ci (listing 2 de la discussion des cas).

En effet, lors de leurs auditions, les assurés ont déclaré :

- Le 03/02/2014, Madame B. – OA 319) déclare, entre autres :

*« Vous me parlez du Dr CZ. Je vous demande s'il ne fait pas des régimes. J'ai vu un Dr C. il y a 35 ans pour un régime.
Je n'en ai pas vu un en 2012 (de Docteur C.). ...
(...) **je ne connais pas Mde A., je n'avais pas de problèmes de dos à cette époque.** C'est en 2013 que je suis tombée ; j'ai été opérée à cette époque et n'ai pas reçu de kiné pour mon dos.
Vous me demandez si j'ai dû **remettre des vignettes chez le Dr D. ; oui à la secrétaire, avenue**
Vous me remontez l'attestation de soins Je reconnais ma vignette apposée. »*

- Le 24/01/2014, Madame E. – OA 130) déclare :

*« Vous me demandez si j'ai eu des séances de kinésithérapie par rapport à mon accouchement ?
Je vous réponds : j'ai eu 2 séances après l'accouchement du 26/10/2011 et j'en avais eu avant l'accouchement. Je pense que je dois en avoir eu 8 à 9. Le kiné qui s'est occupé de toutes les séances c'est Madame A. C'est elle exclusivement.
Les premières séances de kiné se sont déroulées au cabinet chez elle. Mais les 3 derniers mois de ma grossesse je devais rester couchée, c'est elle qui est venue chez moi.
Pour les autres séances post accouchement, je me suis rendue à son cabinet, Av ..., à l'étage.
Pour le paiement cela se faisait en liquide en fin de séance.
A chaque fin de séance, **elle me remettait une attestation de soins.** Cela s'est toujours passé comme cela. C'était systématique ! ...
(...) **Vous me demandez si, à ma connaissance, j'ai bénéficié pour les soins de kiné de la pratique du tiers payant ?**
Je vous réponds : non ! je m'en serais rendue compte !
Je n'aurais pas payé l'entièreté. Je payais environ une vingtaine d'euros par séance. C'était bien précis dans le montant des honoraires.
Vous me demandez si durant cette période j'ai souffert de cervicalgies ?
Je vous réponds que non !
Vous me demandez si je connais le Dr CZ. ?*

Je vous réponds que je n'ai jamais consulté le docteur dont vous me citez le nom. Je suis formelle !

...

(...) Vous me demandez si j'ai remis une vignette de mutuelle à Mme A.

Je suis incapable de vous répondre. J'en ai donné au Dr D. Je n'en ai pas donné à mon médecin traitant. »

- Le 11/02/2014, Madame F. – OA 226) déclare :

« Vous me demandez si j'ai eu des soins de kinésithérapie. Je vous réponds qu'en 2012 j'ai eu des soins de kinésithérapie près de chez le Docteur D. J'avais des problèmes de dos. C'était une dame. Lorsque je l'ai vue, elle m'a dit qu'il fallait une prescription. Je me suis rendue chez un médecin qui était à côté de chez elle. Je ne me souviens pas du nom de ce médecin.

Vous me demandez si j'ai payé une consultation chez ce médecin. Je vous réponds que non ; il m'a fait une simple prescription puis je suis allée chez la kinésithérapeute.

Chez la kinésithérapeute j'ai donné une vignette. Je n'ai rien payé. En principe c'était pour une dizaine de séances de kiné ; je ne pense pas les avoir fait toutes. Je n'y suis plus retournée depuis. Je n'ai plus eu de contact avec cette kinésithérapeute. En ce qui concerne le médecin prescripteur ; je ne l'avais jamais vu auparavant.

Vous me demandez si le nom de Madame A. me dit quelque chose. Je vous réponds que c'était le nom de la kinésithérapeute ».

- Le 05/02/2014, Madame G. – OA 319) déclare :

«Vous me demandez **si je connais Madame A. ?**

Je vous réponds que **non**.

Vous me demandez **si je connais le Dr CZ. ?**

Je vous réponds que je ne l'ai **jamais vu**. ...

(...) Mon gynécologue est le Dr D. **A chaque visite chez le Dr D. je remets 2 vignettes de mutuelle à sa secrétaire**. ...

(...) J'ai été hospitalisée à ... du 19/11/2011 au 16/04/2012 et du 29/05/2012 au 15/10/2012. »

- Le 05/02/2014, Madame H. – OA 319) déclare :

« (... Vous me demandez **si je connais Mme A. ?**

Je vous réponds que **non**.

Vous me demandez **si je connais le Dr CZ. ?**

Je vous réponds que **non**.

Vous me demandez **si je suis en situation de détresse financière circonstanciée ?**

Je vous réponds que **non. Je gagne ma vie**.

(...) Vous me demandez si j'ai remis une vignette de mutuelle lors d'un examen médical particulier ?

Je vous réponds que **chaque fois que j'allais chez le Docteur D. je remettais une vignette de mutuelle à la secrétaire ; si je me souviens bien** ».

- Le 12/02/2014, Madame I. – OA 506) déclare :

« Le Dr D. m'avait conseillé et prescrit de la kiné postnatale. Je l'ai faite mais pas tout de suite, c'était en 2011 vers le mois de septembre. A ce moment là j'ai fait tout ce qui était postnatal. C'était Mme A. (kinésithérapeute). (...)

Ensuite j'ai eu un problème de dos et des séances de massage (8 ou 9) m'ont été prescrites, comme je vous l'ai dit par mon médecin traitant. Elles ont été faites chez Mme A. C'était vers le début 2012.

Je viens de refaire 1 ou 2 séances en 2013, prescrite par le Dr D. Ce n'était pas pour le dos. C'était pour raffermir le ventre, la ceinture abdominale. J'en ai fait 2 à 3. Mais j'ai trouvé que ce n'était pas « top » et j'ai arrêté. Il m'en avait prescrit 8. Toutes les séances effectuées par Mme A. ont eu lieu en son cabinet, Av ... 1^è étage, style d'appartement. (...)

Vous me demandez si j'ai eu d'autres séances de kinésithérapie prescrites par un autre médecin, en dehors du Dr D. et du Dr J. Je vous réponds que non.

Pour le paiement des séances, je le faisais par banque. Madame A. me remettait au bout d'un certain nombre de séances une attestation de soins. Cela a toujours été comme cela.

Vous me demandez **si je connais le Dr CZ. ?**

Je vous réponds qu'il m'a prescrit une crème pour mettre sur mon ventre. C'était en 2013. C'est Madame A. qui a demandé l'ordonnance au Dr CZ. et qui me l'a remise et j'ai été l'acheter à la pharmacie.

Personnellement je n'ai pas consulté, ni vu, le Dr CZ. Je sais qu'il fait de l'esthétique.

Vous me demandez si avant 2013 j'avais déjà vu Mr CZ.? Je vous réponds que non.

Vous me demandez : en avril 2012, avez-vous eu des séances de kinésithérapie ?

Je me souviens avoir terminé des séances de kinésithérapie en début 2012 (maximum avril 2012) et en avoir eu de nouveau récemment en 2013 (septembre). **En ce qui concerne le mois d'avril 2012 je n'ai aucune souvenance d'avoir eu des séances de kinésithérapie à cette époque.**

Pour les séances de kinésithérapie de 2013 prescrites par Mr D., **j'ai également payé Madame A. par banque et comme d'habitude j'ai reçu une attestation de soins donnés à remettre à ma mutuelle.**

Je mets une attestation de soins dans la boîte aux lettres de la mutuelle et je retouche sur mon compte en banque qui est le même que celui à partir duquel j'ai payé Madame A. »

- Le 24/01/2014, Madame K. – OA 226 déclare :

« En 2012 je n'ai jamais eu de kiné, ceci en réponse à votre question. J'ai 5 enfants. Mon gynéco actuel est le Dr D. Il me suit depuis 4 ans ½, il m'a accouchée pour le dernier.

Vous me demandez si je connais Madame A. ?

Je vous réponds : pas du tout. Et c'est qui Madame A. ?

Vous me demandez si je connais le Dr CZ.?

Je vous réponds : non plus !

Vous me demandez si j'ai dû laisser des vignettes de mutuelle chez mon gynécologue ?

Je vous réponds : des fois oui. Cela dépend des examens complémentaires. ...

(...) Je vous réponds que « Madame A. » n'est pas le nom de mon kiné, lequel est un homme et espagnol.

Je m'en étonne ! Je ne connais pas cette personne ! »

- Le 03/02/2014, Madame L. – OA 130 déclare :

« Vous me présentez une attestation de soins donnés de kinésithérapie de Mde A. n°... portant mon nom. C'étaient des soins de kinésithérapie entre le 29/8/12 et le 22/9/12, soit 9 séances de kinésithérapie.

Vous me dites que cette attestation de soins donnés a été portée en compte à l'assurance soins de santé et indemnités sous la modalité du tiers-payant, par Mde A., sous le motif que j'étais en situation de détresse financière circonstanciée.

Ces séances de kinésithérapie avaient été prescrites en date du 21/8/12 par le Dr CZ. avec motif : cervicalgies C5-C6-C7. La fréquence était de 2x/semaine et il y avait 9 séances de massage, mobilisation, rééducation prescrites.

Je vous réponds que je n'ai jamais été en détresse financière. Les séances de kinésithérapie reçues chez Mde A. concernaient la sphère gynécologique et avaient été prescrites par mon gynécologue, le Dr D.

En ce qui concerne le tiers-payant, je ne l'ai jamais sollicité auprès de mde A. Je recevais de toutes façons les attestations de soins soit en fin de série, soit en fin de séances de soins et les rentrais moi-même à la mutuelle.

Je précise que j'ai rencontré un des Docteurs C. pour un régime amaigrissant mais je n'ai pas continué.()

Vous me dites n'avoir remarqué aucune prestation au nom des Docteurs C. durant la période en cause.

Je vous réponds que cela était probablement antérieurement à 2012. »

- Le 23/01/2014, Madame M. – OA 130 déclare :

« ... Vous me demandez comment cela se passait pour le paiement des honoraires de la kiné.

Je pense que je recevais une attestation à chaque fois, attestation que je rentrais à la mutuelle. (...)

Vous me demandez si j'étais en situation de détresse financière.

Je vous réponds que non, je travaillais tout le temps. J'allais donc chez la kiné avant mon accouchement. (...)

Vous me présentez l'attestation ... au nom de Mme A. qui porte en compte à l'Assurance Obligatoire Soins de santé 9 prestations « 560011 » : 10/04/2012, 11/04/2012, 18/04/2012, 20/04/2012, 27/04/2012, 04/05/2012, 11/05/2012, 18/05/2012 et 25/06/2012. **Ces prestations sont prescrites par le Dr CZ.** Motif : sciatalgie – lombalgie.

A cette époque, je suis formelle, je ne connaissais pas le Dr CZ. Lorsque Mme A. s'est occupée de moi c'était pour les techniques d'accouchement ainsi que des massages pour aider la circulation du fait de la grossesse. J'y allais plusieurs fois par semaine.

Je me souviens m'être rendue auprès de Mme A. sur les conseils du Dr D., qui a son cabinet juste en face.»

- Le 23/01/2014, Madame N. – OA 130 déclare :

« Vous me demandez si je connais Madame A. ?

Je vous réponds : c'est qui ?

Vous me demandez si je connais le Dr CZ. ?

Je vous réponds que non. (...)

En 2011 j'ai eu un problème de fibrome. Le Dr D. m'a opérée en juillet 2012. C'était aux Je n'ai pas eu de kiné après mon opération. (...)

Vous me demandez si j'ai des difficultés financières circonstanciées ?

Je vous réponds : Pas à ma connaissance ».

- Le 14/02/2014, Madame O. – OA 319 déclare :

« En ce qui concerne les honoraires, chez Mr P., je le paye immédiatement à la fin de la séance ; je reçois une attestation.

En ce qui concerne Mr Q., il était venu chez moi et le paiement se fait de la main à la main contre remise d'une attestation de soins.

Chez Madame A., où je me suis rendue, je paye aussi également de la main à la main et je reçois l'attestation de soins que je rentre moi-même à la mutuelle.

Je précise, à votre demande, qu'il n'est jamais arrivé à ma connaissance qu'un kinésithérapeute pratique le tiers-payant, c'est-à-dire qu'il adresse lui-même la facture à la mutuelle et qu'il est ainsi payé directement par celle-ci sur son compte.

Habituellement, quand je reçois des soins, si j'ai une attestation de soins, je la rentre à la mutuelle. »

Dans le cas de cette assurée, les cinq prestations litigieuses (Grief 1, listing 2) sont attestées au moyen de l'ASD de Madame A. sur base d'une prescription du Docteur CZ. datée du 16/08/2012. L'examen des listings authentifiés fournis par les organismes assureurs reprenant les prestations attestées par celui-ci, d'une part, et, d'autre part, l'examen des Attestations de Soins Donnés originales du Docteur CZ. obtenues de la mutuelle de l'assurée, démontre qu'il n'y a pas eu de contact entre le Docteur CZ. et Madame O. en août 2012. Ce fait est confirmé par l'examen du dossier médical de l'assurée au Cabinet du Docteur CZ. Par ailleurs, le Docteur CZ. a déclaré ne pas être l'auteur de la prescription de soins de kinésithérapie datée du 16/08/2014, il n'en assume pas, dès lors, la responsabilité.

- Le 25/01/2014, Madame R. – OA 319 déclare :

« Vous me demandez si je connais Madame A. ? Je vous réponds que non.

La maman répond : « si nous avons besoin d'1 kinésithérapeute, nous allons à la Maison Médicale.

Vous me demandez si je connais le Dr CZ. ? Je vous réponds que non. Ma maman confirme ».

- Le 23/01/2014, Madame S. – OA 130 déclare :

« Vous me demandez si je connais Madame A. ? Je ne pense pas. Cela ne me dit rien.

Vous précisez A. Je vous réponds que non !

Vous me demandez si je connais le Dr CZ. ?

Je vous réponds que non ! Cela ne me dit rien du tout !

Vous me demandez si j'ai des difficultés financières, telle une détresse financière circonstanciée.

Je vous réponds que non. Je gère bien ma vie.

Je vous précise que j'ai quasiment tout le temps travaillé.

*Vous me présentez une attestation de soin 12*0008/25 au nom de A. qui reprend 7 prestations « 560011 » à mon nom. **Je vous réponds que je n'ai pas fait de kiné.***

En fait je vous explique, étant suivie pour la 2è grossesse par le Dr D., il m'a été proposé de faire de la kiné périnatale. J'ai pris rendez-vous avec la personne qui m'était renseignée et je pense bien qu'il s'agissait du nom repris sur l'attestation de soins Ce rendez-vous a été annulé par moi ou par la kinésithérapeute. Un

autre rendez-vous a été alors repris pour être finalement annulé par la personne ou sa secrétaire parce que la kiné avait une urgence sur Elle devait me rappeler. Elle ne l'a jamais fait. Moi j'ai essayé de la rappeler mais il n'y avait personne pour me répondre au téléphone. Je me suis dit que j'avais fait ma première grossesse sans kiné et que je ferai bien la 2ème sans. J'ai laissé tomber. Je n'en ai jamais rediscuté avec le Dr D. et il ne m'a plus reparlé de la chose. (...)

Je vérifie si c'est bien une de mes vignettes. Je constate que oui.

Je voudrais simplement ajouter qu'en ce qui concerne la kinésithérapie périnatale, qui n'a pas eu lieu, je disposais à l'époque d'une prescription faite par le Dr D.. (...)

J'examine la prescription que vous me présentez **du Dr CZ.** que je ne connais pas. **Je suis formelle, je ne le connais pas !** Je suis étonnée de la motivation des séances de kiné : « cervicalgies – contractures des trapèzes ». C'est loin d'être de la kinésithérapie périnatale.

Je regarde encore les dates des séances de kiné sur l'attestation de soins. Je m'exclame « Nenni ! »

Vous me demandez si j'ai déjà fait de la médecine esthétique.

Je vous réponds : non, pas encore ! Cela ne me dit rien ! »

Le 24 janvier 2014 vers 10h50, Madame S. a recontacté le médecin-inspecteur en lui déclarant avoir reçu ce jour à 10h35 un appel téléphonique émanant d'une personne qui s'est présentée comme étant la secrétaire de la kinésithérapeute A. L'appel émanait d'après Madame S. du Cette personne lui aurait demandé ses coordonnées « Registre National » pour remise à jour des données administratives la concernant. Selon Madame S., comme elle ne pouvait donner ses coordonnées administratives sur le champ, l'appelante lui aurait demandé de les lui faire parvenir par SMS dans le courant de la journée. Madame S. a alors déclaré qu'elle n'en ferait rien. (cfr Constat d'entretien téléphonique du 24/01/2014)

- Le 10/02/2014, Madame T. – OA 509 déclare :

« Vous me demandez **si je connais Madame A. ?**

Je vous réponds : **non !**

Vous me demandez **si je connais le Dr CZ. ?**

Je vous réponds que **non.**

Vous me demandez **si j'ai déjà été en situation de détresse financière circonstanciée ?**

Je vous réponds que non.

Vous me montrez une attestation de soins donnés de Madame A., n°...., portant en mon nom, 16 séances de soins de kinésithérapie sous le code « 560011 » entre le 28/07/2012 et le 06/10/2012.

Je suis formelle **je n'ai pas eu ces soins de kinésithérapie.**

Je suis étonnée de constater la présence sur l'attestation de soins de ma vignette de mutuelle portant mon ancienne adresse, qui date d'avant juillet 2012.

Vous me présentez une prescription du Dr CZ. Cette prescription prévoyait pour moi 18 séances de kinésithérapie de « massages, mobili., drainage, rééducation 2 à 3 x/sem. Motif : « œdème des membres inférieurs ». La prescription est datée du 26/07/2012. Je me souviens avoir remis aux environs de cette période un certain nombre de vignettes au secrétariat du Dr D. pour ouvrir mon dossier. C'était en 2012. »

- Le 20/01/2014, Madame U. – OA 130 déclare :

« Mon gynécologue est le Dr D. de ... Avenue Vous me demandez si à cette période (début 2013) **j'ai eu de la kinésithérapie ?** Je vous réponds que je ne pense pas. **Je dis non.** (...)

Vous me demandez **si je connais le Dr CZ. ?** Je vous réponds que **non**, je ne l'ai jamais eu.

Vous me demandez **si je connais Madame A.** qui travaille Avenue ... ?

Je vous réponds que **je ne connais pas du tout.**

Si j'avais besoin de kiné je n'irais pas Avenue (...)

Vous me redemandez **si j'ai eu des soins de kinésithérapie par Madame A.** (9 séances) entre le 05/02/2013 et le 05/03/2013. **Je vous réponds que non. Je suis formelle.**

Vous me demandez si la vignette qui figure sur l'Attestation de Soins que vous me présentez – ASD n° ... au nom de A. (prestataire) est bien une de mes vignettes. Je vous réponds que c'est bien ma vignette mais que je suis très étonnée.

Vous me demandez si je suis en situation de détresse financière circonstanciée. Je vous réponds que non. Je suis une personne tout à fait normale ! ... »

- Le 23/01/2014, Madame V. - OA 130 déclare :

« ... Je suis aussi suivie chez une kiné pour des problèmes à l'aine. Elle s'appelle A. Av ... (...)
 Vous me demandez **quel est le prescripteur de ces séances**. Je vous réponds : **le Dr D. Il n'y a pas d'autre médecin qui intervient.** (...)
 Vous me demandez **si je connais le Dr CZ**. Je vous réponds que je l'ai peut-être vu il y a plusieurs années. **Mais en 2013 je n'y suis jamais allée.**
 Vous me demandez si en dehors de mes problèmes à l'aine, j'ai d'autres problèmes.
 Je vous réponds que quand j'ai des problèmes articulaires au niveau du dos et de la nuque je vais chez mon ostéopathe. Il est déjà arrivé que Madame A. me soigne une autre région du corps que l'aine. C'est exceptionnel. (...)
 Je vous précise qu'en ce qui concerne le Dr CZ, il y a plusieurs années c'était pour des petites veines au niveau des jambes (de l'esthétique). C'est ce qui explique le terme « peut-être ». Je ne peux pas me prononcer exactement sur les prénoms, voire le nom, parce qu'il s'agit d'un centre avec plusieurs médecins. Ce centre venait d'ouvrir relativement récemment. »

L'audition du Docteur CZ.

Simultanément à l'audition de Madame A., le 28/02/2014, le **Docteur CZ**. a été entendu en son cabinet par deux médecins-inspecteurs du Service.

Une liste de 94 noms d'assurés lui a été soumise. Après recherche, il ne disposait d'un dossier médical que pour 11 assurées, dont un relativement ancien.

Confronté aux prescriptions de séances de kinésithérapie au profit des 17 assurées auditionnées dans le cadre de l'enquête, le Docteur CZ. n'a reconnu sa signature et son écriture que pour une seule prescription.

Par ailleurs, il ne connaissait que deux assurées, l'une en tant que patiente, l'autre en tant que fille de sa concierge.

Une série de 64 prescriptions de kinésithérapie concernant 50 assurés lui a été également soumise. Il n'a reconnu et pris la responsabilité que de 9 prescriptions dans les cas de 6 assurées.

D'autres attestations de soins donnés originales de Madame A., accompagnées des prescriptions originales, ont alors été demandées complémentaires aux mutuelles.

L'audition du Docteur D.

Le 26 mars 2014, le **Docteur D.** a été entendu à son tour.

En effet, parmi les 70 assurés concernés par le grief 1, on dénombre 57 assurées, 2 assurés et 11 enfants.

Parmi les assurées, 79 % (45) sont patientes du Docteur D. Ces chiffres ne tiennent pas compte des cas de Madame W. et Madame X. qui sont ou ont été collaboratrices du Docteur D. à son cabinet de l'Avenue

Quatorze assurées sur les dix-sept auditionnées dans le cadre de cette enquête sont ou ont été patientes du Docteur D. ; 8 ont déclaré ne pas connaître Madame A.

Ces assurées se demandent comment leurs vignettes de mutuelle ont pu parvenir à Madame A..

De l'ensemble de ces auditions, il a pu être établi que lorsqu'elles se rendent chez le Docteur D., les assurées remettent à sa secrétaire 2 vignettes de mutuelle.

Le Docteur D. a confirmé demander généralement 2 vignettes de mutuelle à ses patientes pour la réalisation des frottis. Ces vignettes sont collées par lui ou son assistante sur les demandes d'examens.

Différentes prescriptions de séances de kinésithérapie rédigées par le Docteur D. à l'attention de Madame A. ont été étudiées.

L'identité de l'assurée (nom, prénom, adresse) ainsi que ses données d'identification mutuelle sont reprises sur une étiquette autocollante, distincte de la vignette de mutuelle. Elle est appliquée directement sur la prescription, un peu comme cela se fait ordinairement dans les hôpitaux ou dans les polycliniques.

La confrontation de tous les éléments en possession du service a permis d'établir la liste des 868 prestations indues concernées par le grief 1.

Il s'agit de toutes les prestations de kinésithérapie prescrites par le Dr CZ. ou le Dr D. pour des patients leur étant inconnus, sans dossier médical et/ou sans prescription de médicament.

L'audition de Madame A.

Madame A., le 28 février 2014, a été confrontée aux déclarations de seize assurées qui précisaient qu'elles ne connaissaient pas Madame A. et/ou les Docteurs CZ et AA.

La plupart affirmaient ne pas être ou n'avoir pas été en état de détresse financière circonstanciée ayant justifié en leur faveur l'application, par Madame A., du tiers payant.

Pour chaque cas ainsi abordé, Madame A. a apporté un démenti total.

Selon elle, si des prestations ont été attestées, c'est qu'elle les avait effectivement réalisées ; elle ne comprenait pas le pourquoi de toutes ces déclarations.

Quant aux prescriptions de kiné émanant du Docteur CZ., Madame A. déclare appeler le Dr CZ. ou envoyer les assurés chez lui. Le docteur ferait alors un examen sommaire et une prescription si nécessaire.

Finalement Madame A. a reconnu être l'auteur des attestations rédigées au profit de ces assurées. Ces attestations, munies d'une vignette reprenant les données administratives des

assurées, ont été introduites auprès des mutuelles, en vue de leur remboursement, sous la modalité du tiers payant ; les montants ont été versés sur le compte bancaire de Madame A.

1.1.4. Montant de l'indu

Le grief concerne :

- **768** prestations de code 560011 Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes M 24,
- **70** prestations de code 560313 Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes M 24,
- **30** prestations 560652 Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes M 24.

Ces **868** prestations ont été portées en compte de l'assurance soins de santé en tiers payant, pour un montant indu de **14.134,11 €** (introduites aux organismes assureurs entre le 29/02/2012 et le 16/04/2013) alors qu'elles n'avaient pas été effectuées. Parmi ces prestations, 176 concernent la période avant le 18/03/2012 et 692 concernent la période après le 18/03/2012.

1.2. Deuxième grief

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 lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans ladite loi, ses arrêtés d'exécution ou les conventions ou accords conclus en vertu de cette même loi.

Le dossier individuel pour chaque patient n'est pas conforme aux dispositions de l'article 7§8 et §9 de la NPS.

Infraction visée à l'art 73bis 2° de la Loi ASSI coordonnée le 14 juillet 1994

1.2.1. Base légale et réglementaire

Nomenclature des prestations de santé, Art. 7. Prestations relevant de la compétence des kinésithérapeutes

§ 8. *Dans tous les cas, la réalisation d'un dossier par bénéficiaire, réparti sur l'ensemble du traitement fait partie intégrante du traitement de kinésithérapie. Le terme "traitement" signifie dans ce paragraphe, un ensemble de prestations effectuées dans le cadre d'une même prescription."*

§ 9. *Le dossier individuel de kinésithérapie pour chaque patient comportera au minimum les éléments suivants :*

- a) *Les données administratives nécessaires à l'identification du patient et du médecin prescripteur;*
- b) *Les renseignements médicaux indispensables au traitement;*

- c) La synthèse des constatations de l'examen kinésithérapeutique ainsi que le plan de traitement et ses modifications;
- d) Les dates de traitement ainsi que les codes prévus par la nomenclature pour chaque séance attestée;
- e) Les données et documents indispensables à l'attestation de soins tels que prévus par la nomenclature."

"A.R. 26.4.2009" (en vigueur 1.8.2009)

"f) la périmétrie, la volumétrie ou la copie du protocole lymphoscintigraphique ou la prescription de la nécessité clinique de prolonger le traitement pour les patients visés au § 14, 5°; B., h) et au § 11, 5ème alinéa."

"A.R. 20.10.2008" (en vigueur 1.1.2009)

"Ce dossier individuel du patient peut être établi par écrit ou sur un autre support durable. Les données du dossier doivent être accessibles immédiatement aux contrôles prévus par la loi.

Un même dossier individuel doit servir pour tous les traitements qu'il s'agisse d'une ou de plusieurs pathologies ou situations pathologiques.

Aucun honoraire n'est dû pour les prestations pour lesquelles le dossier ne correspond pas aux requis de la nomenclature."

1.2.2. Prestations en cause

560011 Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes M 24

560055 Lorsque la séance 560011 ne peut être attestée compte tenu des limitations prévues au §10 du présent article : séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes M 13

561595 Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes M 24

563614 Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes M 24

1.2.3. Argumentation

Sur base de l'examen du dossier kinésithérapeutique présenté par la kinésithérapeute Madame A., les manquements suivants ont été observés (listing 3 de la discussion des cas) :

- Les données d'identification de l'assuré sont insuffisantes. En effet, une identification univoque d'un assuré social requiert que soient mentionnés *a minima* le nom, le prénom, le numéro de registre national ou à défaut la date de naissance ainsi que la mutuelle dont relève l'assuré. La seule mention du nom et du prénom de l'assuré est donc insuffisante pour permettre d'identifier de façon univoque celui-ci. En ce qui concerne la mention de la mutuelle de l'assuré, celle-ci est systématiquement absente dans l'ensemble dudit dossier.
- Dans les cas de plusieurs assurés, certaines prestations portées en compte à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités ne sont pas reprises au dossier kinésithérapeutique.

- Les renseignements médicaux et/ou la synthèse des constatations de l'examen kinésithérapeutique et/ou les plans de traitement sont absents ou en non adéquation avec la prescription dans un certain nombre de cas d'assurés.
- L'identification du médecin prescripteur est erronée.

Lors de son audition le 28/02/2014, Madame A. a déclaré:

« Vous me demandez si j'ai des commentaires à faire suite à la réception du P.V. de constat du 23 décembre 2013 adressé le 24 décembre. Je vous réponds que oui car j'ai été dépitée de recevoir cela en dépit de mon travail. Certes, j'ai fait des erreurs, mais je trouve cela cher payé par rapport à mon travail. Je ne comprends pas le P.V. Je ne comprends pas comment on peut payer autant quand on s'investit comme moi. Je n'ai pas compris exactement les articles de loi cités et j'ai consulté un avocat pour m'éclairer. »

1.2.4. Montant de l'indu

Le grief concerne :

- 482 prestations de code 560011 *Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes M 24*
- 35 prestations de code 560055 *Lorsque la séance 560011 ne peut être attestée compte tenu des limitations prévues au §10 du présent article : séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes M 13*
- 3 prestations de code 561595 *Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes M 24*
- 10 prestations de code 563614 *Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes M 24*

Ces 530 prestations attestées, alors que le dossier individuel de chaque patient n'était pas conforme aux exigences de la Nomenclature, représentent un indu de 8.162,19 €.

Toutefois, parmi ces prestations, 282 prestations de code 560011, pour un montant de 4.551,77 €, sont déjà reprises sous le grief 1.

Par conséquent, compte tenu de ce chevauchement, le Service réclame, au titre du grief 2, un indu de **3.610,42 €**, pour 248 prestations (200 prestations de code 560011, 35 prestations de code 560055, 3 prestations de code 561595 et 10 prestations de code 563614) introduites au remboursement auprès des organismes assureurs entre le 03/02/2012 et le 16/04/2013. Parmi ces prestations, 59 concernent la période avant le 18/03/2012 (917,44 €) et 189 concernent la période après le 18/03/2012 (2.692,98 €).

1.3. Troisième grief

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 lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans ladite loi, ses arrêtés d'exécution ou les conventions ou accords conclus en vertu de cette même loi.

Des prestations portées en compte de l'assurance soins de santé ne sont pas conformes à l'art 7 §3 NPS. Pour certaines prestations facturées, il n'y a pas de prescription ou bien la prescription ne comporte pas la date de prescription ou de diagnostic et/ou des éléments de diagnostic de l'affection à traiter et/ou la localisation anatomique des lésions.

Infraction visée à l'article 73bis, 2° de la loi coordonnée du 14/07/1994

1.3.1. Base légale et réglementaire

Nomenclature des prestations de santé, Art. 7. Prestations relevant de la compétence des kinésithérapeutes :

§ 3. La prescription médicale.

La prescription médicale doit, au moins, comporter les données suivantes :

- a) les nom et prénom du patient;*
- b) les nom, prénom et numéro INAMI du prescripteur;*
- c) la date de la prescription;*
- d) la signature du prescripteur;*
- e) le nombre maximum de séances;*
- f) le diagnostic et/ou les éléments de diagnostic de l'affection à traiter;*
- g) la localisation anatomique des lésions lorsque le diagnostic ne la précise pas;*
- h) la date de début du traitement, si celle-ci diffère de la date de la prescription;*
- i) la mention « le patient ne peut quitter son domicile pour des raisons médicales ou sociales » si les prestations doivent être dispensées au domicile du bénéficiaire.*

Si la date de début de traitement diffère de la date de la prescription, l'intervention de l'assurance maladie obligatoire n'est accordée que si le traitement a été entamé dans les deux mois à partir de la date de la prescription.

La prescription comporte, en outre, selon la situation pathologique, les éléments suivants :

- a) la motivation d'une deuxième séance par jour conformément aux dispositions du § 11, du § 12, 2° ou du § 14bis, du présent article;"*
- "b) Le numéro de nomenclature et la date de l'intervention chirurgicale pour les situations pathologiques visées au § 14, 5°, A., a) ;"*

1.3.2. Prestations en cause

560011 Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes M 24

560055 Lorsque la séance 560011 ne peut être attestée compte tenu des limitations prévues au §10 du présent article : séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes M 13

1.3.3. Argumentation

Au vu des différents éléments figurant au dossier d'enquête, il appert que, pour les prestations reprises dans le listing ci-dessous, soit il n'y a pas de prescription, soit la prescription ne porte pas mention de la date de prescription ou du diagnostic et/ou des éléments de diagnostic de l'affection à traiter et/ou de la localisation anatomique des lésions (listing 4 de la discussion des cas).

Lors de son audition le 28/02/2014, Madame A. a déclaré :

« Vous me demandez si j'ai des commentaires à faire suite à la réception du P.V. de constat du 23 décembre 2013 adressé le 24 décembre. Je vous réponds que oui car j'ai été dépitée de recevoir cela en dépit de mon travail. Certes, j'ai fait des erreurs, mais je trouve cela cher payé par rapport à mon travail. Je ne comprends pas le P.V. Je ne comprends pas comment on peut payer autant quand on s'investit comme moi. Je n'ai pas compris exactement les articles de loi cités et j'ai consulté un avocat pour m'éclairer. »

1.3.4. Montant de l'indu

Le grief concerne :

- 26 prestations de code 560011 Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes M 24
- 15 prestations de code 560055 Lorsque la séance 560011 ne peut être attestée compte tenu des limitations prévues au §10 du présent article : séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes M 13

Ces 41 prestations attestées, alors que les exigences de la Nomenclature n'étaient pas satisfaites concernant les prescriptions, représentent un indu de 542,20 €.

Parmi ces prestations, 20 prestations pour un montant de 277,25 € sont déjà reprises sous le grief 2.

Par conséquent, le nombre corrigé de prestations pour le grief 3 se montent à 21 prestations (11 x 560011 et 10 x 560055) pour un montant corrigé de 264,95 €. Toutes ces prestations concernent la période postérieure au 18.03.2012.

2 DISCUSSION

2.1 Quant au fondement des griefs

2.1.1 Sur le bien fondé du premier grief relatif à des prestations non effectuées

Il ressort du dossier que les éléments matériels et constitutifs de ce manquement sont réunis et prouvés.

Lors de son audition du 28/02/2014, Madame A. a reconnu :

- d'une part, être l'auteur des attestations de soins rédigées au nom des assurées visées au PVC ;
- d'autre part, les avoir introduites en vue de leur remboursement sous la modalité du tiers payant ;
- enfin, avoir perçu sur son compte bancaire les remboursements de ces prestations.

Dans le courrier de moyens de défense adressé par son avocat, Me Y., le 9 février 2015, Madame A. n'apporte aucun élément remettant en cause le bien fondé du grief.

Par conséquent, au regard de tous les éléments recueillis lors de l'enquête, le premier grief est incontestablement établi.

2.1.2 Sur le bien fondé des deuxième et troisième griefs relatifs à des prestations non conformes

Il ressort du dossier que les éléments matériels et constitutifs de ce manquement sont réunis et prouvés.

Lors de son audition du 28/02/2014, Madame A. a déclaré à propos de la réception du PVC du 23/12/2013 qui visait ces griefs de non-conformité :

« Vous me demandez si j'ai des commentaires à faire suite à la réception du P.V. de constat du 23 décembre 2013 adressé le 24 décembre. Je vous réponds que oui car j'ai été dépitée de recevoir cela en dépit de mon travail. Certes, j'ai fait des erreurs, mais je trouve cela cher payé par rapport à mon travail. Je ne comprends pas le P.V. Je ne comprends pas comment on peut payer autant quand on s'investit comme moi. Je n'ai pas compris exactement les articles de loi cités et j'ai consulté un avocat pour m'éclairer ».

Ni pendant l'enquête, ni dans le courrier de moyens de défense adressé par son avocat, Me Y., le 9 février 2015, Madame A. n'a apporté d'éléments remettant en cause le bien fondé des deuxième et troisième griefs relatifs à des prestations non conformes.

Par conséquent, au regard de tous les éléments recueillis lors de l'enquête, les deuxième et troisième griefs sont incontestablement établis.

2.2 Quant à l'indu

Les trois griefs ont entraîné des débours indus dans le chef de l'assurance obligatoire soins de santé.

Grief	Code	Nbr prestations	€	Nbr assurés
GRIEF 1		838	14.134,11	70
Grief 1 avant 18/03/2012	560011	145	2.331,18	14
	560313	31	504,88	4
Total grief 1 avant 18/03/2012		176	2.836,06	18
Grief 1 à partir du 18/03/2012	560011	623	10.073,57	53
	560313	39	639,48	6
	560652	30	585,00	1
Total grief 1 à partir du 18/03/2012		692	11.298,05	60
GRIEF 2		530	8.162,19	47
Grief 2 avant 18/03/2012	560011	100	1.625,40	13
	533614	10	158,90	1
Total grief 2 avant 18/03/2012		110	1.784,30	14
Prestations se chevauchant avec le grief 1	560011	51	866,86	5
Total corrigé grief 2 (avant 18/03/2012)		59	917,44	
Grief 2 à partir du 18/03/2012	560011	382	6.089,72	40
	560055	35	245,00	3
	561595	3	43,17	1
Total grief 2 à partir du 18/03/2012		420	6.377,89	44
Prestations se chevauchant avec le grief 1	560011	231	3.684,91	23
Total corrigé Grief 2 (à partir du 18/03/2012)		189	2.692,98	
INDU corrigé GRIEF 2		248	3.610,42	
GRIEF 3 à partir du 18/03/2012		41	542,20	5
	560011	26	437,20	3
	560055	15	105,00	2
Prestations se chevauchant avec le grief 2	560011	15	242,25	1
	560055	5	35,00	1
Total chevauchement		20	277,25	
Total corrigé grief 3 (à partir du 18/03/2012)		21	264,95	
INDU TOTAL		1.137	18.009,48	

Pour ces trois griefs, l'indu total a été évalué à **18.009,48 €** pour 1.137 prestations (indu concerné par la période avant 18/03/2012 : 3.753,5 € ; indu concerné par la période après 18/03/2012 : 14.255,98 €).

Madame A. a procédé au remboursement total de l'indu le 17/06/2014, étant précisé qu'elle a versé un montant de 19.036,36 € et que le trop-versé de 1.026,88 € lui a été remboursé le 23/12/2014.

2.3 Quant à l'amende

2.3.1 Quant au régime juridique de l'amende administrative

Concernant le régime légal de l'amende administrative, il y a lieu de constater que plusieurs lois se sont succédé dans le temps depuis la date des prestations en cause.

- jusqu'au 1^{er} juillet 2011 :

- pour le grief n°1 (prestations non effectuées – non fournies) : remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé et une amende administrative comprise entre 50 % et 200 % du montant de la valeur des prestations concernées (article 73bis, 1° et article 142, § 1^{er}, 1°, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994) ;
- pour les griefs n°2 à 3 (prestations non conformes) : remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé et une amende administrative comprise entre 5 % et 150 % du montant de la valeur des prestations concernées (article 73bis, 2° et article 142, §1^{er}, 2°, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994).

- **à partir du 1er juillet 2011**, la loi du 6 juin 2010 introduisant le Code pénal social (M.B. du 1er juillet 2010, p. 43712), entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2011 (article 111 de la loi du 6 juin 2010), a prévu que la sanction applicable aux dispensateurs de soins (article 225,3° du C.P.S.) consistait soit en une amende pénale de 50 à 500 €, soit en une amende administrative de 25 à 250 € (article 101 du CPS), à majorer des décimes additionnels (article 102 du CPS).

Quant aux décimes additionnels, les articles 2 et 3 de la loi du 28 décembre 2011 portant des dispositions diverses en matière de justice (M.B. du 30 décembre 2011, Ed 4, p. 81669) ont modifié la loi du 5 mars 1952 relative aux décimes additionnels en les portant à 50 au lieu de 45. Les prestations en cause ont été réalisées antérieurement et postérieurement à l'entrée en vigueur de ces nouvelles dispositions légales (le 1^{er} janvier 2012), de sorte qu'il y a lieu d'appliquer 50 décimes additionnels.

- à partir du 18 mars 2012 :

La loi du 15 février 2012 (M.B. du 8 mars 2012, p. 14.267) a toutefois abrogé l'article 225, 3° du Code pénal social et a modifié l'article 169 de la loi ASSI coordonnée en précisant que :

« Les infractions sont sanctionnées conformément au Code pénal social, à l'exception des infractions à charge des dispensateurs de soins et des personnes assimilées définies à

l'article 2,n), visées et poursuivies conformément aux article 73, 73 bis, 138 à 140, 142 à 146 bis, 150, 156, 164 et 174. »

La loi du 15 février 2012 est entrée en vigueur le dixième jour suivant celui de sa publication au Moniteur belge, soit le **18 mars 2012**.

Dès lors, depuis le 18 mars 2012, les mesures prévues à l'articles 142, §1^{er} de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 sont de nouveau d'application, à savoir :

- pour le grief n°1 (prestations non effectuées – non fournies) : remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé et une amende administrative comprise entre 50 % et 200 % du montant de la valeur des prestations concernées (article 73bis, 1° et article 142, § 1^{er}, 1°, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994) ;
- pour les griefs n°2 à 3 (prestations non conformes) : remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé et une amende administrative comprise entre 5 % et 150 % du montant de la valeur des prestations concernées (article 73bis, 2° et article 142, §1^{er}, 2°, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994).

2.3.2 Quant à l'amende administrative retenue

Les griefs 1 et 2 couvrent des prestations exécutées entre décembre 2011 (introduction aux OA le 29/02/2012) et mars 2013 (introduction aux OA jusqu'au 16/04/2013).

Le grief 3 couvre la période postérieure au 18.03.2012.

En conséquence, les dispositions applicables à Madame A. sont les suivantes :

- ***pour les prestations effectuées entre décembre 2011 et le 17/03/2012 :***
 - o au titre du grief n°1, amende administrative de niveau 2 prévue à l'article 101 du Code pénal social (à majorer des décimes additionnels prévus à l'article 102 du code pénal social) ;
 - o au titre des griefs 2 à 3, amende administrative de niveau 2 prévue à l'article 101 du Code pénal social (à majorer des décimes additionnels prévus à l'article 102 du code pénal social).
- ***pour les prestations effectuées entre le 18 mars 2012 et mars 2013 :***
 - o au titre du grief n°1, amende administrative comprise entre 50 % et 200 % du montant de la valeur des prestations concernées ;
 - o au titre des griefs n°2 à 3, amende administrative comprise entre 5% et 150% du montant de la valeur des prestations concernées.

L'attestation de prestations non effectuées est l'infraction la plus grave qui puisse être constatée par le Service de l'évaluation et de contrôle médicaux à l'encontre d'un dispensateur

de soins car elle caractérise la rupture du lien de confiance entre l'INAMI, les organismes assureurs et le dispensateur de soins.

En attestant des prestations alors qu'elle ne les avait pas réalisées, Madame A. a méconnu les obligations qui lui incombent en sa qualité de dispensateur de soins et n'a pas fait preuve de professionnalisme.

Compte tenu du nombre très important de prestations non effectuées attestées par Madame A. (868 prestations), de la longueur de la période concernée (introduction aux organismes assureurs de février 2012 à avril 2013) et du caractère élevé de l'indu en cause (14.134,11 euros), Madame A. a clairement spolié les deniers de l'assurance soins de santé et donc de la collectivité, ce qui justifie l'application de la sanction la plus haute.

Par ailleurs, **concernant l'attestation de prestations non conformes**, le législateur a encadré de manière très précise les possibilités d'attester des soins infirmiers, afin d'éviter les abus qui pourraient découler d'une utilisation négligente notamment des toilettes.

Les règles de la Nomenclature des prestations de santé sont de stricte interprétation et doivent être appliquées rigoureusement car les dispensateurs de soins collaborent à un service public, ce qui repose sur un rapport de confiance notamment entre l'INAMI, les organismes assureurs et les dispensateurs de soins.

Le respect des formalités administratives prévues par la réglementation est un des fondements de ce rapport de confiance.

Il n'appartient pas aux dispensateurs de soins de faire une interprétation personnelle ou d'opportunité de la réglementation.

S'ils ne s'y conforment pas, ils brisent ce rapport de confiance et mettent en péril l'équilibre des deniers publics, ne permettant pas de vérifier l'existence d'une infraction.

En ne respectant pas notamment les conditions réglementaires relatives aux mentions devant figurer au dossier individuel du patient ou encore des prescriptions médicales, Madame A. a manqué à ses obligations légales en tant que dispensateur de soins.

Madame A., par l'intermédiaire de son avocat, a mis en avant dans son courrier de moyens de défense les éléments suivants :

- Mme A. n'a aucun antécédent.
- Elle aurait commis des erreurs de jeunesse et d'organisation : elle cherchait à fournir à ses patients un travail de qualité et n'était pas attentive à la gestion administrative.
- La formation de kiné n'attirerait pas du tout l'attention sur la gestion administrative de la fonction.
- La situation financière de Mme A. serait très difficile puisqu'elle a plusieurs crédits à sa charge, de sorte qu'il lui resterait peu pour vivre.
- Elle aurait pris conscience de la gravité des faits et de l'importance de consacrer du temps à la gestion administrative de son activité professionnelle. Elle aurait montré cette prise de conscience en remboursant volontairement l'indu. L'état d'esprit constructif et volontariste de Mme A. serait à prendre en compte.

Me Y. demande, à titre principal, à ce qu'aucune amende administrative ne soit prononcée à l'encontre de sa cliente.

A titre subsidiaire, il demande le prononcé d'une amende CPS pour la totalité de la période infractionnelle (Décision FD 29.11.2013, BRS F/13/020) qui soit fixée au montant minimal (50 €) à multiplier par 5.5 (275 €) et assortie d'un sursis total pendant 3 ans.

A titre infiniment subsidiaire, il demande le prononcé d'un sursis total pour une durée de 3 ans pour toute amende qui serait prononcée.

Il reste que :

- Madame A. est mal venue d'invoquer une simple mauvaise gestion administrative : elle a attesté des prestations non effectuées ce qui nécessite une intention délictueuse allant bien au-delà, par exemple, de la simple négligence dans la tenue des dossiers patients, ce d'autant qu'elle a obtenu des remboursements en tiers payant d'assurés qui n'étaient pas nécessairement ses patients et que les prescripteurs des soins ne connaissaient pas ces patients. Elle a donc dû passer du temps en matière de gestion administrative pour pouvoir obtenir ces remboursements en tiers payant pour ces prestations non effectuées.
- Sur l'absence de formation administrative au cours de la formation de kiné : actuellement un cours de déontologie est prévu en 1ere année et un cours de droit social (responsabilités) en master. Si tel n'était peut être pas le cas à l'époque de sa formation, elle a néanmoins fait des stages et certainement abordé la question de la manière dont on tarifie avec les professionnels qu'elle a pu rencontrer.
- Les pièces produites par l'avocat montrent les nombreux emprunts de Mme A. Si de tels éléments pourraient être produits dans le cadre d'une demande de délais de paiement (art. 156, §1^{er} de la loi ASSI coordonnée le 14/07/1994), il est délicat de les prendre en considération en présence d'un grief relatif à des prestations non effectuées aussi conséquent (Mme A. n'avait pas à attester des prestations non effectuées pour obtenir des remboursements de l'assurance soins de santé afin de rembourser ses dettes). En outre, le document récapitulatif tous ses revenus et ses dépenses est une synthèse établie par elle-même sans être accompagnée par tous les justificatifs des chiffres produits. C'est une simulation de ses dépenses et de ses revenus. Elle ne peut pas se constituer une preuve à elle-même qui en plus, si les éléments s'avèrent vrais, montrent qu'elle vit au dessus de ses moyens, ce qui ne peut nullement atténuer la sanction relative au grief le plus grave qui lui est reproché, à savoir le non effectué (plus de 14.000 €).
- La demande d'application d'une amende Code pénal social pour chaque grief, comme dans la décision FD 29.11.2013, BRS F/13/020, ne peut pas être reçue dans la mesure où la période infractionnelle n'était pas la même (du 01/01/2011 au 31/12/2011).

Dans ces conditions, il convient de prononcer une amende administrative à charge de A. :

- pour la période allant jusqu'au 17 mars 2012 :
 - au titre du grief n°1 : 250 € (article 225, 3° et 101 du code pénal social) à majorer des décimes additionnels (article 102 du CPS), soit $250 \times 6 = 1.500$ €.

- au titre des griefs n°2 et 3 : 250 € (article 225, 3° et 101 du code pénal social) à majorer des décimes additionnels (article 102 du CPS), soit $250 \times 6 = 1.500$ €.
- pour la période à partir du 18 mars 2012 :
- au titre du grief n°1 : 150% du montant à rembourser (LC 14.07.1994, art. 142, §1^{er}, 1°), soit 16.947,07 € (indu de 11.298,05 €).
 - au titre des griefs n°2 et 3 : 100% du montant à rembourser (LC 14.07.1994, art. 142, §1^{er}, 2°), soit 2.957,93 € (indu de 2.957,93 €).

Toutefois, l'article 157, §1^{er} de la loi ASSI coordonnée le 14/07/1994 prévoit que le fonctionnaire-dirigeant peut accorder un sursis partiel ou total de l'exécution de sa décision infligeant une amende administrative au dispensateur de soins.

Compte tenu de l'ampleur des prestations non effectuées, il est décidé que cette mesure ne vise que les griefs de non-conformité. Pour fixer le quantum de cette sanction, il convient cependant de tenir compte de l'absence d'antécédents dans le chef de l'intéressée. Cela justifie que la sanction soit assortie d'une mesure de sursis partiel, la sanction effective devant rappeler à l'intéressée l'importance de la faute commise, et celle avec sursis devant l'inciter à rectifier, pour l'avenir, sa pratique dans un sens conforme à la réglementation et aux exigences de son art.

Il est dès lors justifié de prononcer, dans le chef de Madame A., une amende administrative de :

- pour les prestations non effectuées jusqu'au 17.03.2012 : 1.500 € sans mesure de sursis ;
- pour les prestations non effectuées à compter du 18.03.2012 : 16.947,07 € sans mesure de sursis ;
- pour les prestations non conformes jusqu'au 17.03.2012 : 1.500 €, dont la moitié est assortie d'un sursis de trois ans, soit une amende effective de 750 € et une amende assortie d'un sursis de 750 € ;
- pour les prestations non conformes à partir du 18.03.2012 : 2.957,93 €, dont la moitié est assortie d'un sursis de trois ans, soit une amende effective de 1.478,96 € et une amende assortie d'un sursis de 1.478,96 €.

PAR CES MOTIFS,

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994,

APRES EN AVOIR DELIBERE,

Le Fonctionnaire-dirigeant du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité :

- Déclare établis les 3 griefs formulés pour tous les cas cités à la note de synthèse ;
- Condamne Madame A. à **rembourser la valeur des prestations indues s'élevant à 18.009,48 €** ;
- Constate que le remboursement de la valeur des prestations indues est intervenu le 17.06.2014 pour un montant de 19.036,36 € et que le trop-versé de 1.026,88€ lui a été remboursé en date du 23/12/2014 ;
- Condamne Madame A. à payer une amende administrative en raison de l'infraction relative aux prestations non effectuées jusqu'au 17 mars 2012 de 250 €, à majorer des décimes additionnels, **soit une amende administrative de 1.500 €** ;
- Condamne Madame A. à payer une amende administrative en raison de l'infraction relative aux prestations non effectuées à partir du 18 mars 2012 de 150% du montant de l'indu, **soit une amende administrative de 16.947,07 €** ;
- Condamne Madame A. à payer une amende administrative en raison des infractions relatives aux prestations non conformes jusqu'au 17 mars 2012 de 250 €, à majorer des décimes additionnels, soit une amende administrative de 1.500 €, dont la moitié est assortie d'un sursis de trois ans, **soit une amende effective de 750 €** et une amende assortie d'un sursis de 750 € ;
- Condamne Madame A. à payer une amende administrative en raison des infractions relatives aux prestations non conformes, à partir du 18 mars 2012, de 100% du montant de l'indu, soit une amende administrative de 2.957,93 €, dont la moitié est assortie d'un sursis de trois ans, **soit une amende effective de 1.478,96 euros** et une amende assortie d'un sursis de 1.478,96 € ;

Ainsi décidé à Bruxelles, le 05-05-2015

Le Fonctionnaire – dirigeant,

Dr Bernard HEPP
Médecin-directeur général