

Chambre de recours

DECISION EN CAUSE DE :

Monsieur A.

Comparaissant par Maitre Bruno LHOEST, avocat,

CONTRE :

**L'INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE (INAMI),
SERVICE D'EVALUATION ET DE CONTROLE MEDICAUX,**

Dont le siège est établi avenue de Tervueren, 211 à 1150 Bruxelles ;

Partie intimée,

Représenté par deux fonctionnaires du Service Evaluation et Contrôle Médicaux

Vu les pièces de la procédure à la clôture des débats et notamment ;

- la décision de la Chambre restreinte du 27 septembre 2000 notifiée le 19 octobre 2000;

- l'acte d'appel reçu le 31 octobre 2000 au secrétariat de la Commission d'appel

- les conclusions pour la partie appelante reçues au greffe de la Chambre de recours le 29 septembre 2006;

- Les conclusions principales et les conclusions en réplique pour la partie intimée reçues respectivement le 4 août 2005. et le 10 janvier 2007. à ce même greffe ;

Vu les convocations adressées aux parties le 11 décembre 2008 pour l'audience du 15 janvier 2009;

Entendu les parties dans l'exposé de leurs moyens à l'audience du 15 janvier 2009.

I. La recevabilité

La décision dont appel ayant été notifiée le 19 octobre 2000, l'appel du 31 octobre 2000, régulier en la forme et introduit dans le délai légal, est recevable.

II. Les faits et la procédure

Monsieur A. exerçait une activité en qualité d'infirmier à temps plein au C.H.U. en qualité d'appointé et travaillait selon un horaire établi par pauses, à savoir soit le matin, soit l'après-midi, soit la nuit.

Monsieur A. exerçait également l'activité de kinésithérapeute en qualité d'indépendant. Pour ce faire, il disposait de 2 cabinets. Il n'est pas contesté toutefois qu'il exerçait l'essentiel de son activité de kinésithérapeute au domicile de ses patients.

Au terme de l'enquête conduite, 5 griefs furent retenus à charge de Monsieur A., à savoir :

- Avoir rédigé, signé et délivré des A.S.D. portant en compte de l'assurance obligatoire soins de santé des prestations de la Nomenclature des prestations de santé non effectuées.
- Avoir rédigé, signé et délivré des A.S.D. portant en compte de l'assurance obligatoire soins de santé des prestations ne répondant pas aux critères de la Nomenclature des soins de santé et de ce fait non attestables. Prestations non valablement prescrites.
- Avoir rédigé, signé et délivré des A.S.D. portant en compte de l'assurance obligatoire soins de santé des prestations de la Nomenclature des prestations de santé différentes de celles réellement effectuées, ceci ayant entraîné un débours indu de la part de l'assurance.
- A titre subsidiaire, avoir rédigé, signé et délivré des A.S.D. portant en compte de l'assurance obligatoire soins de santé des prestations ne répondant pas aux critères de la Nomenclature des prestations de santé. Fréquence des prestations prescrites non respectées.
- A titre subsidiaire, avoir rédigé, signé et délivré des A.S.D. en enfreignant les dispositions de l'article 7, § 5, de la Nomenclature des prestations de santé.

Par sa décision dont appel, la Chambre restreinte a décidé que les griefs étaient établis, qu'il y avait lieu d'interdire aux organismes assureurs d'intervenir dans le coût des prestations de santé dispensées par Monsieur A. pendant une période de 1 an et ordonnait le remboursement des sommes indûment perçues à charge de l'assurance maladie-invalidité, soit la somme de 293.168 francs, et ce pour le 31 décembre 2000.

III. Positions des parties

Devant la Chambre de recours, Monsieur A. fait valoir :

- qu'en raison du jugement rendu par la 14^{ème} chambre du tribunal de 1^{ère} instance de Liège du 19 mars 2003, les 1^{er} et 2^{ème} griefs ne peuvent être retenus,
- qu'il a renseigné des prestations effectuées en son cabinet privé alors qu'elles avaient été effectuées chez les patients en toute bonne foi et sans esprit de lucre,
- qu'il n'a jamais pratiqué d'ionisation chez le patient G.L.,
- qu'il a aménagé le nombre de séances de soins et leur fréquence en accord avec le médecin prescripteur,

- qu'il n'aurait pu délivrer les attestations de soins donnés en temps utile suite au vol de ses carnets d'attestations, du délai nécessaire pour obtenir de nouveaux carnets et qu'il a mal été informé de ses obligations par l'INAMI.

Monsieur A. souligne aussi l'ancienneté des faits lui reprochés.

L'INAMI (Service d'évaluation et de contrôle médicaux) fait valoir :

- que les premier et deuxième griefs sont établis par le dossier. Il souligne que le jugement du tribunal invoqué ne peut en tout état de cause que concerner ces deux griefs,

- que le troisième grief est établi, la bonne foi étant inopérante en l'espèce,

- que le souci du patient ne permet pas au praticien de ne pas respecter la réglementation, même de bonne foi,

- que la force majeure n'est pas établie pour le 5^{ème} grief.

Il estime dès lors que l'indu pourrait être réduit à 89,24 € et que la mesure d'interdiction doit être remplacée par une amende administrative vu le changement législatif.

IV. Discussion

Les attestations de soins donnés concernent des prestations qui auraient été effectuées entre le 5 mai 1996 et le 26 décembre 1997. Les attestations de soins donnés ont été rentrées aux mutuelles jusqu'en avril 1998.

Le premier grief

Le premier grief consiste à avoir rédigé, signé et délivré des A.S.D. portant en compte de l'assurance obligatoire soins de santé des prestations de la Nomenclature des prestations de santé non effectuées.

Ce premier grief concerne 7 patients et 15 A.S.D. Les assurés furent entendus et déclarèrent que toutes les prestations reprises sur les A.S.D. n'avaient pas été fournies.

Devant le tribunal de 1^{ère} instance, Monsieur A. était prévenu du chef de faux et usage, d'escroquerie et de vol. On lui reprochait notamment, d'avoir commis des faux en écriture pour avoir rédigé, signé et décerné des attestations de soins de santé non effectués et d'avoir, avec intention frauduleuse ou dessein de nuire fait usage des faux sachant qu'ils étaient faux. Il était également prévenu de s'être fait remettre des fonds au préjudice de l'INAMI, soit en faisant usage de faux nom ou de fausses qualités, soit en employant des manœuvres frauduleuses, pour persuader de l'existence de fausses entreprises. Le tribunal acquitta le prévenu de ces préventions. Ces préventions concernaient, notamment, les faits faisant l'objet des premier et deuxième griefs. Le tribunal a, notamment, considéré que les déclarations des patients qui indiquaient n'avoir pas reçu les soins à des dates auxquelles le prévenu a attesté en avoir donnés sont variables entre les différentes auditions, notamment celles du dossier et celles faites à l'audience. Un léger doute quant à ces faits subsistant, celui-ci devait profiter au prévenu. Cette décision de

justice est définitive. Elle s'impose à l'INAMI qui ne précise pas en quoi cette décision ne lui serait pas opposable et qui ne démontre pas à suffisance la fiabilité des témoignages recueillis dans le cadre de son enquête, contrairement à ce qu'affirme le tribunal.

Ce grief ne peut être retenu et la décision dont appel doit être réformée quant à ce.

Le deuxième grief

Le deuxième grief consiste à avoir rédigé, signé et délivré des A.S.D. portant en compte de l'assurance obligatoire soins de santé des prestations ne répondant pas aux critères de la Nomenclature des soins de santé et de ce fait non attestables. Prestations non valablement prescrites.

L'article 7 de la Nomenclature des prestations de santé précise que les traitements tels que définis ne sont remboursés que s'ils sont prescrits par un docteur en médecine qui indique le nombre prévu de séances et leur fréquence. En l'espèce, il est reproché à Monsieur A. d'avoir effectué des traitements alors qu'il ne disposait pas d'une prescription rédigée par un docteur en médecine.

L'INAMI relève que des prestations ont été accomplies avant que la prescription médicale ne soit établie, que des prescriptions médicales font l'objet de surcharge, qu'il existe une absence de prescription pour un assuré et ce pour 10 prestations et que plusieurs prescriptions sont faussement attribuées au docteur B.

Monsieur A. explique que les prestations accomplies avant que la prescription ne soit établie l'ont été avec l'accord du médecin traitant. Celui-ci était au courant des soins donnés et a rédigé en conséquence une prescription. La Chambre de recours constate que la prescription du médecin du 10 juin 1997 porte que les soins devaient débuter le 1^{er} juin 1997. Il convient d'en déduire que les prestations effectuées avant la prescription l'ont été avec l'accord du médecin.

Monsieur A. précise qu'il n'a jamais surchargé les prescriptions et que les prescriptions du docteur B. sont authentiques. La Chambre de recours constate que le tribunal de 1^{ère} instance par son jugement du 19 mars 2003 n'a pas retenu les préventions de faux et usage et d'escroquerie. D'autre part le dossier ne révèle pas que les surcharges sur les prescriptions sont le fait de Monsieur A., certains médecins entendus affirmant avoir pu être l'auteur des surcharges.

Monsieur A. reconnaît cependant que 10 prestations concernant Monsieur X Y. n'ont pas fait l'objet d'une prescription. Il fait valoir que l'A.S.D. comporte une erreur quant au prénom du patient soigné mais que les soins ont bien été prodigués mais à un autre patient faisant lui l'objet d'une prescription, ce qui n'est pas contesté.

Le second grief ne sera donc pas retenu.

Le troisième grief

Le troisième grief consiste à avoir rédigé, signé et délivré des A.S.D. portant en compte de l'assurance obligatoire soins de santé des prestations de la Nomenclature des prestations de santé différentes de celles réellement effectuées, ceci ayant entraîné un débours indu de la part de l'assurance.

En l'espèce, il est reproché à Monsieur A. d'avoir attesté, pour deux patients, que les soins avaient été donnés en son cabinet alors que ceux-ci avaient été prodigués en fait chez les particuliers. Monsieur A. reconnaît que les soins ont bien été prodigués au domicile particulier des patients. Il explique que ces erreurs ont été commises de bonne foi, les soins ayant été prévus dans un premier temps en son cabinet. La Chambre de recours constate que Monsieur A. a fait preuve de négligence en ce cas. En effet, il lui appartenait de rédiger correctement les attestations de soins donnés et il savait qu'il devait attester que ces soins avaient été prodigués chez les particuliers. Cette infraction est établie, la négligence ne pouvant excuser l'infraction commise.

Il est également reproché à Monsieur A. de ne pas avoir attesté correctement des prestations d'ionisation mais bien d'autres prestations. Ce fait concerne 10 prestations pour un patient, Monsieur X. Des éléments du dossier, il résulte que l'assuré a décrit avec précision les soins reçus et qu'il s'agit bien d'ionisation. Les dénégations de Monsieur A. ne sont pas crédibles vu les précisions du témoignage. Cette infraction est établie.

Le quatrième grief

Le quatrième grief consiste à avoir rédigé, signé et délivré des A.S.D. portant en compte de l'assurance obligatoire soins de santé des prestations ne répondant pas aux critères de la Nomenclature des prestations de santé. Fréquence des prestations prescrites non respectée, et ce pour 11 patients.

En fait il est reproché à Monsieur A. de ne pas avoir respecté la fréquence des soins telle qu'établie par les prescriptions médicales et ce en infraction avec l'article 7, § 4 de la Nomenclature. Au vu de la législation, il appartient au kinésithérapeute de respecter les fréquences de soins telles que fixées par les prescriptions. En cas de modification de ces fréquences, le kinésithérapeute devra obtenir l'accord du médecin prescripteur et mentionner l'accord donné dans le dossier de kinésithérapie. Monsieur A. reconnaît ne pas toujours avoir respecté les fréquences données et ce, soit dans l'intérêt du patient, soit en cas d'indisponibilité du patient, soit en cas d'autres soins interférant avec le traitement. Il explique toutefois qu'il expliquait au médecin prescripteur la modification des fréquences.

Monsieur A. n'établit nullement qu'il parlait des modifications des fréquences avec le médecin prescripteur et ce même s'il travaillait souvent avec le ou les mêmes médecins. Il n'établit nullement avoir obtenu l'accord du médecin prescripteur pour établir ces modifications et ces modifications de fréquence ne sont en tout état de cause pas mentionnées dans le dossier de kinésithérapie.

Le grief est donc établi.

Le cinquième grief

Ce dernier grief consiste à avoir rédigé, signé et délivré des A.S.D. enfreignant les dispositions de l'article 7, § 5, de la Nomenclature des prestations de santé. Cette disposition énonce : *"Le kiné établit et remet au bénéficiaire à la dernière séance d'un traitement de kinésithérapie l'attestation de soins donnés, prévue par le règlement des prestations de santé visées à l'article 12, 4°, de la loi du 9 août 1963. Toutefois, lorsque le traitement de kinésithérapie porte sur plus de 20*

séances, l'attestation est établie et remise au bénéficiaire chaque fois qu'une série de 20 séances au maximum est atteinte."

Monsieur A. ne conteste pas que de nombreuses attestations de soins donnés ont été délivrées tardivement. Il explique qu'en février 1997 il fut victime d'un vol et qu'il se trouva privé de son agenda 1997 et de ses carnets d'attestations qui ne furent retrouvés qu'aux environs des mois de mai/juin de la même année. Il n'était plus à même de rédiger ses attestations correctement et en temps voulu. Il fait également valoir qu'il n'a pu obtenir qu'en février 1998 la délivrance de nouveaux carnets demandés en août 1997. Enfin, il fait valoir qu'il n'était pas au courant de l'obligation de devoir délivrer une A.S.D. après 20 séances, n'ayant reçu qu'en octobre 1998, à l'issue de nombreuses demandes, les obligations incombant à la pratique de sa profession.

Les explications de Monsieur A. ne sont guère convaincantes. En effet, la Chambre de recours ne comprend pas pourquoi Monsieur A., privé de ses carnets en février 1997 et ce pour plusieurs mois n'a sollicité la demande de nouveaux carnets qu'en juin ou en août 1997. Il résulte également des éléments du dossier, et notamment d'un courrier du Ministère des finances, que Monsieur A. a bien reçu les carnets demandés dans les 15 jours de ses demandes et ce tant en juillet 1997 qu'en février 1998.

Enfin, l'obligation de devoir délivrer une A.S.D après 20 prestations figure dans la Nomenclature que Monsieur A. est amené à consulter régulièrement. Son ignorance quant à ses obligations, quant à ce est coupable.

La Chambre de recours considère que Monsieur A., quant à ses obligations administratives et légales a fait l'objet de négligences graves, se souciant fort peu de respecter les procédures imposées quant à la rédaction des A.S.D. Il convient de rappeler que les procédures mises en place ont pour objet de contrôler l'activité des prestataires de soins, activité largement subventionnée, et de veiller ainsi aux dépenses de l'INAMI et ce dans l'intérêt de tous.

La Chambre de recours considère ce grief établi.

En conclusion, les 1^{er} et 2^{ème} griefs ne sont pas établis et les autres griefs sont bien établis.

La sanction

Il n'apparaît pas des éléments du dossier que Monsieur A. ait voulu, par ses agissements, obtenir un profit auquel il n'avait pas droit. En effet, les deux premiers griefs ne sont pas établis et Monsieur A., par le jugement du tribunal de 1^{ère} instance a été acquitté des préventions de faux et usage de faux et d'escroquerie. La Chambre de recours considère toutefois que Monsieur A. a commis des négligences graves dans la tenue de ses documents administratifs, négligences qui entravent un contrôle régulier et aisé de ses prestations, en pratique largement subsidiées par l'Etat.

La Chambre de recours constate que les derniers faits reprochés datent de plus de 10 ans, soit d'avril 1998. La durée de la procédure s'explique principalement par les modifications législatives intervenues et les difficultés de mise en place de nouvelles structures. Il n'est certes nullement établi que l'INAMI porte la

responsabilité de durée de la procédure et du délai particulièrement long entre la décision de la Chambre restreinte, intervenue dans un délai raisonnable, et celle de la Chambre de recours. La durée de la procédure ne peut être aussi reprochée à Monsieur A. Au vu des éléments du dossier, La Chambre de recours relève, notamment, que la requête d'appel était longuement et précisément motivée.

La Chambre de recours constate aussi que Monsieur A. a depuis un certain temps cessé sa pratique de kinésithérapeute et qu'il ne risque plus actuellement de commettre d'autres infractions liées à cette pratique. Pour ces motifs, la Chambre de recours se contentera de retenir une déclaration de culpabilité.

Le remboursement des prestations

Des éléments du dossier, il résulte que les faits retenus au 3^{ème} grief ont entraîné un débours indu de la part de l'INAMI pour un montant de 89, 24 €. Il convient de condamner Monsieur A. au remboursement de cet indu provoqué par ses négligences.

Par ces motifs,

La Chambre de recours instituée auprès du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI,

Après en avoir délibéré et statuant contradictoirement,

Messieurs les représentants des organismes assureurs et Messieurs les représentants des organisations représentatives des kinésithérapeutes ayant rendu leur avis sans prendre part à la décision,

Ecartant comme non fondées toutes conclusions autres, plus amples ou contraires,

Reçoit l'appel, le déclare en partie fondé,

Réforme la décision dont appel,

Déclare les 1^{er} et 2^{ème} griefs non établis,

Déclare Monsieur A. coupable d'avoir commis les faits reprochés aux 3^{ème}, 4^{ème}, et 5^{ème} griefs et déclare dès lors ces griefs établis,

Vu l'ancienneté de faits et la durée de la procédure, estime qu'il n'y a pas lieu de prononcer une sanction autre que celle d'une déclaration de culpabilité concernant les 3^{ème}, 4^{ème}, et 5^{ème} griefs,

Condamne Monsieur A. à rembourser à l'INAMI les débours indus provoqués par son fait, soit la somme de 89,24 €.

Ainsi prononcé en langue française et en audience publique de la Chambre de recours
le 12 février 2009, à BRUXELLES, par Monsieur KREIT D., Président, assisté de
Madame METENS C., greffier.

Le Président,

Le Greffier,

D. KREIT.

C. METENS