

Monsieur A
Kinésithérapeute

Partie appelante qui a comparu

Assisté par Maîtres Anne WITMEUR et Jean BAYART, avocats dans les bureaux qui sont établis Avenue de Broqueville, 115/1a à 1200 Bruxelles.

Contre

L'INAMI, Service d'évaluation et de contrôle médicaux dont le siège est établi à 1150 Bruxelles, avenue de Tervueren 211.

INTIME

Comparaissant par un fonctionnaire du Service d'Evaluation et de Contrôle Médicaux.

Vu la décision du Comité du Service d'évaluation et de contrôle du 25 août 2006, notifié le 22 septembre 2006 intégralement reproduite ci-après ;

Vu la requête d'appel de l'appelant du 20 octobre 2006.

Vu les conclusions pour la partie intimée datées du 8 décembre 2006.

Vu les conclusions par la partie appelante du 15 janvier 2007.

Entendu les parties à l'audience du jeudi 22 janvier 2009.

Vu le dossier de procédure.

I. Recevabilité

La décision dont appel a été notifié le 22 septembre 2006, l'appel régulier quant à la forme et introduit dans le délai légal est recevable.

II. Décision du Comité du Service d'évaluation et de contrôle du 25 août 2006.

Vu l'enquête effectuée par le Service d'évaluation et de contrôle médicaux à charge du de M. A.;

Vu les procès-verbaux de constat des 29/08/2003, remis en mains propres à l'intéressé le 09/09/2003, des 01/12/2003 et 18/03/2005 adressés à la fois par envoi simple et sous la formalité de la recommandation postale avec accusé de réception les 09/12/2003 et 23/03/2005.

Vu les manquements reprochés à l'article 141 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 ;

Vu la note au Comité n° 2006/56 ;

Vu la lettre recommandée du 27 février 2006 où il est demandé à M. A. de faire parvenir ses justifications écrites pour le 28 avril 2006 au plus tard ;

Vu la lettre recommandée de Mes Witmeur et Bayart, conseils de M. A. du 28 avril 2006, contenant des justifications écrites ;

Vu la désignation, le 12 mai 2006, par le Comité du Service d'évaluation et de contrôle médicaux des auditeurs le Dr HANON, médecin représentant les organismes assureurs, et de M. LAROCK, représentant les associations représentatives des kinésithérapeutes, chargés d'entendre M. A., s'il le souhaite ;

Vu la lettre recommandée du 22 mai 2006 envoyée à M. A. où il lui est demandé de mentionner au secrétariat des auditions s'il souhaite être entendu et où la date du 16 juin 2006 est mentionnée comme date d'audition ;

Vu que M. A. a été entendu par les deux auditeurs précités le 16 juin 2006 ;

Vu l'examen de l'affaire par le Comité les 12 mai 2006 et 25 août 2006.

1. Grief

Avoir porté en compte à l'assurance soins de santé et indemnités (A.S.S.I.) des prestations non conformes aux dispositions de la nomenclature des prestations de santé (N.P.S.)

Infraction relevant des dispositions de l'article 141 § 5, 5e alinéa, b) de la loi relative à ladite assurance coordonnée le 14 juillet 1994.

a) Prestations en cause

Prestations de l'article 7 de la N.P.S. :

515115	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes et qui comprend un ou plusieurs actes relevant de la compétence des kinésithérapeutes	M	24
515314	Lorsque la séance 515115 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 et qui comprend un ou plusieurs actes relevant de la compétence des kinésithérapeutes	M	13
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
560652	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes	M	24

b) Bases légales

Dispositions de l'article 7 §3, 1° de la N.P.S. :

« (...) Art. 7 §3. La prescription

1° Elle doit revêtir la forme d'un écrit rédigé personnellement par un médecin (...) »

c) Tableaux synoptiques

Numéros de code des prestations attestées	Nombre de prestations	Montant (EUR)
515115 M24	2.461	25.078,53
515314 M13	138	852,64
560011 M24	1.210	14.146,50
560055 M13	14.145	79.607,02
560652 M24	138	1.649,10
TOTAL	18.092	121.333,79

Prescripteur mentionné	Nombre de prestations	Montant (EUR)
Dr B.	168	922,32
Dr C.	86	784,26
Dr D.	259	1.421,88
Dr E.	108	592,92
Dr F.	17.471	117.612,41
TOTAL	18.092	121.333,79

2. Décision

Considérant que les pièces réunies au dossier et les déclarations des personnes auditionnées par le médecin-inspecteur prouvent que le grief est établi ;

Que les Docteurs B., C., D et E ont tous certifié qu'ils n'avaient ni rédigé ni signé les attestations de soins litigieuses ;

Qu'il s'agit donc de faux ;

Considérant que M. A. prétend que ces faux ont été rédigés par M. X. qui s'occupait de son administration, et que celui-ci lui dérobaient également des attestations de soins donnés qu'il introduisait en remboursement ;

Que M. A. reconnaît qu'il a fait preuve de légèreté en confiant son administration à quelqu'un qu'il ne connaissait pas bien.

Que l'on peut s'étonner que M. A. ne se soit pas rendu compte plus tôt que des attestations de soins donnés disparaissaient ;

Que ceci peut s'expliquer par le fait que M. A. n'utilise pas des carnets mais des listings d'attestations de soins donnés ;

Que M. A. a déclaré dans son audition du 26 juin 2003 : « Je vous indique que M. X. m'avait indiqué connaître un médecin qui signait «facilement» les prescriptions. J'ai fait preuve de légèreté. »

Que l'on peut en déduire que M. A. avait marqué son accord pour obtenir des ASD « de régularisation » ;

Que le Comité constate que la négligence de M. A. a causé un préjudice important à la sécurité sociale ;

Qu'il doit dès lors être sanctionné ;

Le Comité du Service d'évaluation et de contrôle médicaux après en avoir délibéré :

1. décide que les griefs sont établis
2. condamne M. A. à rembourser les sommes indûment perçues à charge de l'assurance soins de santé, soit **121 333,79 €** ;
3. lui inflige une amende administrative s'élevant à 100% calculée sur la valeur des prestations non effectuées, soit **121 333,79 €** et lui octroie un **sursis de trois ans pour 90%** de cette amende ;
4. déclare cette décision exécutoire d'office si aucun appel n'est interjeté à l'expiration du délai d'appel.

Ainsi décidé à Bruxelles, le 25 août 2006, par le Comité du Service d'évaluation et de contrôle médicaux où ont siégé comme membres ayant voix délibérative :
Monsieur J. VAN DER EECKEN, Magistrat et Président, Messieurs les Docteurs OLIN et VAN HOUTE, représentant les organismes assureurs, Messieurs GRUWEZ et LAROCK représentant les associations représentatives des kinésithérapeutes.

En vertu de l'article 140 de loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, le groupe des représentants des organismes assureurs et le groupe des représentants les associations représentatives des kinésithérapeutes ont disposé chacun d'une seule voix.

III. Demande de la partie appelante

Par ses conclusions du 15 janvier 2007, la partie appelante Monsieur A. réduit considérablement l'objet de son appel. En effet, Monsieur A. acquiesce au remboursement de 121.333,79 euros, demande de maintenir la sanction de l'amende administrative à 100 %, avec l'octroi d'un sursis de trois ans pour 90 % de cette amende.

Il demande de surseoir à statuer quant à la demande de termes et délais, en fonction des démarches entreprises pour obtenir un prêt.

A l'audience du 22 janvier 2009, Monsieur A. et son conseil informent la Chambre de ce que le prêt n'a pas été consenti en raison du montant peu élevé de ses revenus.

Il propose un remboursement à raison de 850 euros par mois et dépose l'avertissement extrait de rôle exercice 2007 revenus 2006.

Sa femme infirmière travaille et entretient le ménage.

Depuis mars 2007, il travaille dans un centre médical.

Il a pu économiser 5.000 euros.

IV. Demande de la partie intimée

Par ses conclusions du 15 janvier 2007, l'INAMI demande de confirmer la décision du Comité du SECM du 25 août 2006 en relevant une erreur matérielle dont question ci-après ;

Décider que le grief est établi ;

Condamner Monsieur A. à rembourser les sommes indûment portées en compte à l'assurance soins de santé, soit 121.333,79 euros ;

Lui infliger une amende administrative calculée sur la valeur des prestations non conformes (et non « pas prestées » comme indiquées erronément) portées en compte à l'assurance soins de santé soit 121.333,79 euros ;

Refuser que Monsieur A. bénéficie de termes et délais pour l'exécution de la décision ;

A l'audience du 22 janvier 2009, l'INAMI demande de condamner Monsieur A. à rembourser 121.333,79 euros et à lui infliger une amende de 100 % avec sursis de trois ans pour 90 % tout en informant la Chambre de ce qu'une nouvelle procédure est en cours à l'INAMI révélant d'autres irrégularités.

V. Discussion

Au vu du dossier de procédure, le grief d'avoir porté en compte à l'assurance soins de santé et indemnités des prestations non conformes aux dispositions de la nomenclature

article 7 § 3 1° pour un montant de 121.333,79 euros est établi et n'est d'ailleurs plus contesté.

La contestation porte uniquement sur l'octroi de termes et délais. La proposition de remboursement étant de 850 euros par mois – sur un total actuel de 121.333,79 euros au titre de remboursement des sommes relatives aux prestations non-conformes.

La Chambre estime qu'il n'y a pas lieu de faire droit à la demande de termes et délais, en fonction des démarches entreprises par le concluant pour obtenir un prêt ni de faire droit à la proposition de remboursement à raison de 850 euros par mois pour les raisons suivantes :

- qu'aucune preuve de demande de prêt n'a été déposée ;
- que la somme de 850 euros par mois est dérisoire par rapport au montant à payer ;
- que la somme à rembourser n'est pas assortie d'intérêt ;
- que l'appelant a fait montre de mauvaise foi et de persistance dans l'infraction tout au long de la procédure.

Par ces motifs,

La Chambre de recours instituée auprès du Service d'évaluation et de contrôle médical de l'INAMI.

Composée de Madame G. COLOT, présidente ;
Docteur CARLIER, représentant des organismes assureurs ;
Docteur LEVECQ, représentant des organismes assureurs ;
Monsieur CHARLES, représentant des kinésithérapeutes ;
Monsieur NOEL, représentant des kinésithérapeutes.

Après en avoir délibéré et statuant contradictoirement.

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

Reçoit l'appel, le déclare non fondé.

Confirme la décision dont appel sous le correctif qu'il faut remplacer la mention « prestations non prestées » par « prestations non-conformes ».

Déclare le grief établi.

Ainsi prononcée en langue française et en audience publique de la chambre de recours
le 3 mars 2009, à Bruxelles, par Madame Colot G., Présidente, assistée de Madame Metens C., Secrétaire.

METENS Caroline
Secrétaire

COLOT Geneviève
Présidente