

**DECISION DE LA CHAMBRE DE RECOURS DU 27 JUIN 2012  
FB-011-10**

**Monsieur A.  
Kinésithérapeute**

**Appelant,**

**Comparaissant en personne assisté de son conseil, Maître B., avocat.**

**CONTRE :**

**L'INAMI (Service d'évaluation et de contrôle médicaux), établissement public,  
avenue de Tervueren 211 à 115 Bruxelles.**

**Intimé,**

**Comparaissant par le Docteur C., médecin-inspecteur directeur et Madame D.,  
attachée.**

**A. FAITS ET ANTECEDENTS**

L'enquête est basée sur les listings reçus des organismes assureurs pour la période du 1<sup>er</sup> août 2005 au 30 avril 2007.

Il a été procédé à l'audition :

- des 24 assurés sélectionnés dont 2 à deux reprises ;
- de 4 médecins traitants prescripteurs des séances de kinésithérapie.

Trois constats d'entretien téléphonique avec 2 assurés ont été rédigés.

L'appelant a été entendu le 13 mai 2008.

Un procès-verbal de constat du 14 mai 2008 lui a été notifié le 26 mai 2008.

Celui-ci tient compte de la prescription biennale (date d'introduction au remboursement la plus ancienne : le 18 mai 2006).

L'appelant a répondu à ce procès-verbal de constat par courrier du 4 juin 2008 en contestant les griefs sans motivation et demandant accès au dossier d'enquête.

Suite à la proposition de « déclaration de remboursement volontaire », il a refusé toute restitution de l'indu par courrier du 20 juin 2008.

Une note de synthèse lui a été communiquée le 22 janvier 2009.

L'appelant a fait valoir ses moyens de défense par courrier du 19 mars 2009.

Il lui est reproché d'avoir :

1. porté en compte à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités des prestations non effectuées (absence du dispensateur de soins).

2. porté en compte à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités des prestations non effectuées (attesté des séances de kinésithérapie à des fréquences supérieures à celles réellement effectuées).
3. porté en compte à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités des prestations non conformes à la loi ou à ses arrêtés d'exécution car non prescrites (prestations concernées auxquelles n'était jointe aucune prescription médicale).
4. porté en compte à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités des prestations non-conformes à la loi ou à ses arrêtés d'exécution car ne respectant pas la fréquence du traitement prescrit et ce sans l'accord du médecin prescripteur.
5. porté en compte à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités des prestations non conformes à la loi ou à ses arrêtés d'exécution parce que non prescrites réglementairement.

L'appelant a remboursé 127,50 € à l'organisme assureur pour le 1<sup>er</sup> grief.

Par décision, notifiée le 16 juin 2009, le Fonctionnaire-dirigeant a estimé que les griefs sont établis, a ordonné le remboursement du solde de l'indu qui s'élève à 24.805,30 € et a prononcé une amende administrative s'élevant à :

- 100 pourcent de la valeur de l'indu pour les griefs 1, 2, 5, soit 11.248,63 € ;
- 100 pourcent de la valeur de l'indu dont 50 pourcent avec un sursis de 3 ans pour les griefs 3 et 4, l'amende administrative effective s'élevant donc à 50 pourcent de l'indu, soit 6.842,08€

Par décision du 24 juin 2010, la chambre de première instance a confirmé la décision attaquée.

## B. DISCUSSION

### 1. Procédure

#### a) **Motivation et absence de date de la décision du Fonctionnaire-dirigeant**

Aucun texte ne prévoit à peine de nullité que la décision du Fonctionnaire dirigeant doit être datée.

L'intimé demande confirmation de la décision de la chambre de première instance selon laquelle :

*« (...) l'absence de date de la décision attaquée ne méconnaît aucune obligation légale ou réglementaire. Elle ne cause pas davantage de grief à Monsieur A. En tout état de cause, cette décision a été notifiée dans les formes à une date certaine et c'est cette notification qui fait courir le délai de recours (dont le respect n'est pas en cause)» ;*

## **b) Droits de la défense et principe du contradictoire.**

L'intimé n'a évidemment pu formaliser le grief qu'après avoir instruit le dossier.

Lors des auditions des assurés, les enquêteurs ont réuni des informations sur la pratique de l'appelant et ce n'est qu'après l'analyse des divers éléments du dossier que les cinq griefs ont pu être formulés.

Pour le surplus, la procédure démontre à suffisance le respect des droits de la défense (envoi d'une note de synthèse, possibilité d'y répondre en exposant ses justifications écrites, décision motivée, possibilité de recours).

Par conséquent, les droits de la défense ont été respectés.

## **2. Fondement des griefs**

### **1<sup>er</sup> grief**

Il a été considéré que M. A. s'était bien absenté pour raison de congé (14 août 2006 et du 21 août 2006 au 25 août 2006), de formation (21 et 22 septembre 2006 ; 19 et 20 octobre 2006 , 13 et 14 novembre 2006) et de maladie (11 septembre 2006) et que les prestations attestées à ces dates n'avaient pas été effectuées.

Cette extrapolation n'a cependant pas été appliquée aux absences du dispensateur de soins chez l'assuré E. pour panne de moto (11 octobre 2006), visite médicale (3 novembre 2006) et vol à son domicile (8 novembre 2006).

En effet, si ces raisons avaient probablement fortement perturbé son activité, il ne pouvait être exclu que l'appelant ait quand même effectué une partie de ses prestations.

Le grief concerne 350 prestations portées en compte pour 40 assurés entre le 7 juin 2006 et le 14 novembre 2006 et introduites au remboursement entre le 2 août 2006 et le 4 avril 2007.

Le nombre de patients pris en compte pour procéder à une extrapolation est relativement important et suffisamment significatif. Il est acceptable de procéder par extrapolation puisque exiger une vérification complète de tous les patients s'avérerait évidemment matériellement impossible.

### **2<sup>ème</sup> grief**

Les déclarations des assurés sont précises : l'appelant ne se rendait pas chez eux 5 fois par semaine.

Celles-ci étaient par ailleurs corroborées par le fait que si on reconstituait les témoignages de tous les assurés entendus en audition, l'appelant voyait 17 à 19 assurés entre 7 h 30 et 12 h 30.

Et si l'appelant passait bien entre 7 h 30 et 12 h 30 chez au moins 17 à 19 assurés (selon les jours), il ne pouvait s'y rendre à une fréquence de 5 fois par semaine car comme il le reconnaît lui-même dans son procès-verbal d'audition du 13 mai 2008, il est impossible de voir autant d'assurés en une matinée.

De plus, quelle valeur peut-on accorder à ces attestations que l'appelant a fait rédiger soit directement après son audition (Mme F. et le directeur de la Maison de repos G.) soit directement après l'audition de l'assuré H. ?

L'intimé demande confirmation de la décision de la chambre de première instance selon laquelle : « *la chambre relève que ce grief repose sur l'audition des six patients considérés. C'est donc sans fondement que Monsieur A fait valoir que ce grief a été extrapolé à des patients n'ayant pas été entendus.* »

Plus fondamentalement, les auditions des six patients en cause (cfr. les extraits figurant aux pages 39 et ss de la note de synthèse à laquelle la chambre renvoie) sont totalement explicites pour mettre en évidence que les prestations étaient accomplies à raison de 2 ou 3 fois par semaine alors que l'appelant en attestait 5 par semaine.

Même si l'appelant indique qu'il travaillait sans relâche et davantage que la moyenne, les percentiles d'activité atteints pour certaines prestations sont également de nature à convaincre de certains abus dans les prestations attestées par rapport à celles effectivement accomplies.

### **3<sup>ème</sup> grief**

Le troisième grief n'est pas demeuré établi ; en effet, en l'absence de prescriptions chez un organisme assureur, il appartenait à l'intimé d'enquêter sur la disparition de ces documents qui avaient permis à l'appelant d'être payé. A défaut, sauf à imaginer une complicité entre l'appelant et un employé de l'organisme assureur, fait non établi, il apparaît bien que le paiement a été régulier.

### **4<sup>ème</sup> et 5<sup>ème</sup> griefs**

Ces griefs sont reconnus par M. A.

La note de synthèse démontre clairement la réalité des infractions en cause.

En l'absence d'antécédents, la chambre de recours estime que le sursis peut être accordé pour les griefs 1, 2, 4 et 5.

### **POUR CES MOTIFS,**

La chambre de recours instituée auprès du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI.

Composée de Monsieur Philippe LAURENT, président , et des docteurs Sophie CARLIER et Maurice ANCKAERT, représentants des organismes assureurs, et de Messieurs Jean-Jacques NOËL et Yves RALET, représentants des kinésithérapeutes, assistée de Monsieur Stéphane VERBOOMEN, greffier,

Après en avoir délibéré et statuant contradictoirement , les docteurs Sophie CARLIER et Maurice ANCKAERT, messieurs Jean-Jacques NOËL et Yves RALET ayant rendu leur avis sans prendre part à la décision,

**LA CHAMBRE DE RECOURS :**

- Déclare le recours recevable et partiellement fondé;
- Confirme la décision a quo sauf en ce qu'elle constate que le grief 3 est établi.

En conséquence,

- condamne l'appelant à rembourser le solde de la valeur des prestations indûment perçues à charge de l'assurance soins de santé, à savoir 24.805,30 € sous déduction de 15.508,50 €;
- prononce une amende administrative s'élevant à 100 pourcent de la valeur de l'indu pour les griefs 1,2,4 et 5, soit 12.780,20 euros.
- accorde un sursis de trois ans, pour la totalité des amendes à l'exception de l'amende pour le grief n°3 non établi.

Ainsi prononcé en langue française et en audience publique de la Chambre de recours le 27 juin 2012, à Bruxelles par Monsieur Philippe LAURENT, président, assisté de Madame Isabelle Warnotte, greffier.

Isabelle WARNOTTE  
Greffier

Philippe LAURENT  
Président