

DECISION DU FONCTIONNAIRE-DIRIGEANT DU 11 OCTOBRE 2018
BRS-F-18-012

Concerne : **Madame A.**
Kinésithérapeute
ET
LA SC SPRL B.

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.

I. GRIEFS FORMULES

3 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 Grief 1

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 au sens de l'article 73bis, 1° de la LC.

En l'espèce, il s'agit :

d'une part des cas de **87 bénéficiaires** au nom desquels des honoraires pour 388 prestations de kinésithérapie ont été portées en compte alors que lesdites prestations n'ont pas été effectuées pendant des périodes d'absences à l'étranger de Madame A. ;

d'autre part des cas de **9 bénéficiaires** auditionnés au nom desquels des honoraires pour 336 prestations de kinésithérapie ont été portées en compte alors que lesdites prestations n'ont pas été effectuées.

Les prestations en cause relèvent de **l'article 7, § 1^{er}, 1°, I, a) et II ; 2°, I, a) et II, 4°, I, a), 5°, I, a), 6°, I, a), II et IV et 7° de la Nomenclature des prestations de santé (NPS).**

Les prestations concernées ont été portées en compte au nom de Madame A. (n° Inami ...) et introduites au remboursement auprès des OA pendant la période du 04/06/2014 au 08/09/2015 (prestations datées du 03/03/2014 au 14/08/2015). Le remboursement des prestations litigieuses a été effectué sur le compte de la Société SCPRL B.

Les faits ont été commis soit au cabinet de Madame A., ci-après dénommée « *la concernée* », soit en tout autre lieu où la prestataire exerce son activité.

1.1 BASES LEGALES ET REGLEMENTAIRES DU GRIEF

1.1.1 Principe général

La base réglementaire s'appuie sur le principe général qui veut que les prestations ne sont remboursables par l'assurance soins de santé et indemnités que pour autant qu'elles soient dûment effectuées au bénéfice de l'assuré.

C'est d'ailleurs la raison pour laquelle une « attestation de soins donnés » est établie et signée par le dispensateur de soins, selon la procédure définie à l'art. 53, alinéa 1er de la LC qui dispose :

« (...) Les dispensateurs de soins dont les prestations donnent lieu à une intervention de l'assurance sont tenus de remettre aux bénéficiaires ou, dans le cadre du régime du tiers payant, aux organismes assureurs, une attestation de soins ou de fournitures ou un document équivalent dont le modèle est arrêté par le Comité de l'assurance, où figure la mention des prestations effectuées; pour les prestations reprises à la nomenclature visée à l'article 35, § 1er, cette mention est indiquée par le numéro d'ordre à ladite nomenclature. (...) ».

1.1.2 Arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

Art. 7. § 1^{er}. Prestations relevant de la compétence des kinésithérapeutes (voir ci-après).

1.1.3 Prestations en cause

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

Prestation	Libellé	M du 01-09-2010 au 30-04-2014	M à partir 01-05-2014
	1° Prestations dispensées aux bénéficiaires non visés par le 2°, 3°, 4°, 5°, 6°, 7° ou 8° du présent paragraphe		
	I. a) Prestations effectuées au cabinet du kinésithérapeute, situé en dehors d'un hôpital ou d'un service médical organisé		
560011	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes	24	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	13	24
	II. Prestations effectuées au domicile du bénéficiaire		
560313	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes	24	24
560350	Lorsque la séance 560313 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	13	24
	2° Prestations dispensées aux bénéficiaires visés au § 11 du présent article		
	I. a) Prestations effectuées au cabinet du kinésithérapeute, situé en dehors d'un hôpital ou d'un service médical organisé		
560652	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes	24	24
	II. Prestations effectuées au domicile du bénéficiaire		
561013	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes	22	24
	4° Prestations effectuées dans le cadre de la kinésithérapie périnatale conformément au § 13 du présent article		
	I. a) Prestations effectuées au cabinet du kinésithérapeute, situé en dehors d'un hôpital ou d'un service médical organisé		
561595	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes	24	24
	5° Prestations effectuées aux bénéficiaires se trouvant dans une des situations décrites au § 14, 5°, A, du présent article.		
	I. a) Prestations effectuées au cabinet du kinésithérapeute, situé en dehors d'un hôpital ou d'un service médical organisé		
563010	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute	24	24

	par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes		
563054	Lorsque la séance 563010 ne peut être attestée compte tenu des limitations prévues au § 14 du présent article : séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes	13	24
	II. Prestations effectuées au domicile du bénéficiaire		
563312	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes	24	24
	6° Prestations effectuées aux bénéficiaires se trouvant dans une des situations décrites au § 14, 5°, B, du présent article		
	I. a) Prestations effectuées au cabinet du kinésithérapeute, situé en dehors d'un hôpital ou d'un service médical organisé		
563614	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes	24	24
563916	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes	24	24
564336	Lorsque les séances 563916 et 639715 ne peuvent être attestées compte tenu des limitations prévues au § 14, du présent article : séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes	24	24
563953	Lorsque les séances 563916, 564336 et 639715 ne peuvent être attestées compte tenu des limitations prévues au § 14, du présent article : séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes.	13	24
	IV. Prestations effectuées au domicile ou en résidence communautaires, momentanés ou définitifs, de personnes âgées ou pour des bénéficiaires y séjournant		
564093	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 20 minutes	14,5	16
564130	Lorsque les séances 564093, 564373 et 639752 ne peuvent être attestées compte tenu des limitations prévues au § 14, du présent article : séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 20 minutes	8	16
	7° Prestations dispensées aux « patients palliatifs à domicile » conformément au §14bis du présent article		
	Prestation effectuée au domicile du bénéficiaire		
564211	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes	24	24

1.2 CAS RETENUS

1.2.1 Prestations non effectuées durant les périodes de congés à l'étranger de Madame A.

Éléments de portée générale

Déclarations de Mme A. en date du 30/05/2016:

« (...) Je vous ai déclaré à 2 reprises dans mes précédentes auditions, que je ne prenais quasiment jamais de congés, maximum ½ journée à 1 jour. Vous me dites avoir déclaré en date du 03/05/2016 ne partir quasiment jamais en vacances et attribuer la diminution d'activité constatée dans certaines périodes au fait que je travaille moins ou que les patients eux-mêmes sont partis. (...)

En réalité, cette dizaine de témoignages d'assurés fait référence à une période de congés annuelle d'au moins 4 semaines par an :

La semaine de carnaval en 2014 et 2015

1 semaine à Pâques en 2014 et du 20-04/2015 au 24-04-2015

Du 21/07/2014 au 29/07/2014 inclus et 1 semaine en juillet 2015

La semaine entre Noël et Nouvel-an en 2014 et 2015.

Je vous réponds qu'effectivement en 2014, j'ai pris des congés au carnaval (1 semaine), à Pâques (1 semaine), en juillet (du 21 au 29) et la semaine entre Noël et Nouvel-An. En 2015, je suis partie la semaine de carnaval (2 – 3 jours) et 4 jours du 20 au 24 avril 2015 à New-York. La tarification erronée à cette époque l'a été pour éviter de majorer les profils. (...)

Je vous ai déclaré mes dates de vacances à l'étranger en 2014 et en 2015. Je reconnais donc que les prestations attestées à mon nom à ces périodes n'ont pas été effectuées. (...) »

Madame A. a donc admis avoir été en vacances à l'étranger pendant les périodes suivantes :

En 2014,

au carnaval (1 semaine), soit du 03/03/2014 au 08/03/2014 ;
à Pâques (1 semaine), du 14/04/2014 au 19/04/2014 ;
en juillet, du 21/07/2014 au 29/07/2014 ;
la semaine entre Noël et Nouvel-An, du 26/12/2014 au 31/12/2014.

En 2015,

la semaine de carnaval (2 – 3 jours), du 16/02/2015 au 18/02/2015 ;
du 20 au 23/04/2015 : 4 jours.

Elle a également admis que les prestations attestées à son nom à ces dates n'auraient pu l'être vu qu'elles n'ont pas été effectuées.

Le SECM considère que vu les déclarations des assurés référant à des périodes de vacances à l'étranger de Madame A., vu les déclarations de Madame A. confirmant ses périodes de congés, vu les déclarations de Monsieur C., kinésithérapeute remplaçant du cabinet B., les prestations attestées à ces dates ne pouvaient être portées en compte par Madame A., celle-ci ayant été dans l'impossibilité de les avoir effectuées.

Prestation	Nbre	Montant (euros)
560011	61	1.030,07
560055	60	497,73
560313	8	136,27
560350	20	188
560652	96	1.882,49
561013	22	459,58
561595	3	49,69
563010	60	1.105,82
563054	10	83,33
563312	6	123,54
563614	13	218,14
563916	5	102,2
563953	18	181,8
564211	2	45,12
564336	4	72,44
Total général	388	6.176,22

Soit un total de **388 prestations** pour un montant de **6.176,22 euros**.

1.2.2 Prestations non effectuées chez les assurés auditionnés hors périodes de congés de Madame A.

1.2.2.1. Cas n° 1- Madame D. (Cas à l'origine de l'enquête)

➤ Prestations attestées

Ont été attestées du 30/05/2014 au 12/12/2014 (introduction du 02/06/2014 au 28/02/2015)

Code	libellé	Valeur/prest	Nbr. prest.	Montant euro
560011	courante cab 30'	16,37	16	261,92
561595	Cab 30'	15,20	7	106,40
Total général			23	368,32

➤ Argumentation

Madame D. déclare en date du 01/12/2015 :

« (...) J'ai donc bénéficié de 4 séances 561595, issues de la 1^{ère} prescription en date des 25/8/2014, 26/08/2014, 28/08/2014 et 01/09/2014. Ensuite, j'ai continué avec 4 séances relatives à la seconde prescription mais là, il s'agissait de séances « 560011 ». J'ai les dates des prestations dont j'ai bénéficié :

les 01/10/2014, 02/10/2014, 03/10/2014 et 08/10/2014. J'ai arrêté les séances le 08/10/2014 car je reprenais le travail quelques jours après. Je travaillais à temps plein et je n'ai donc pas fixé de nouveau rendez-vous. J'ai bien expliqué tout ceci à ma kiné. Je n'y suis plus jamais retournée, je suis formelle. (...) »

Par hasard, comme je suis gestionnaire des dossiers de kiné, j'ai consulté mon propre dossier. J'ai été stupéfaite car j'ai aperçu que mon quota de 18 séances « 560011 » était atteint alors que je n'ai pas eu ces séances supplémentaires.

J'ai alors consulté la transaction séance par séance, date par date pour comprendre d'où venait le problème. Et là, j'ai constaté que j'ai des séances introduites en tiers payant (alors que je ne suis pas dans les critères requis à savoir une détresse financière) et que ces séances, je n'en avais pas bénéficié. Il s'agissait des prestations datées du 20/10/2014, 04/11/2014, 12/11/2014, 17/11/2014, 24/11/2014, 1/12/2014, 2/12/2014, 8/12/2014, 9/12/2014, 10/12/2014, 11/12/2014, 12/12/2014. Je vous confirme que je n'ai pas eu ces séances, je travaillais ou autres mais je n'ai pas eu de kiné. (...) »

« (...) A la relecture, je constate que les dates pour les séances non effectuées sont vraiment fort rapprochées : elle ne donnait jamais les rendez-vous de façon aussi rapprochée ! 2 fois par semaine, c'était la moyenne mais plus, je n'aurais jamais pu en faire, cela n'aurait pas été gérable pour mon organisation personnelle. (...) »

➤ **Prestations retenues à grief**

Vu le témoignage de l'assurée qui affirme de façon formelle ne plus avoir eu de séance après le 08/10/2014, vu le principe général de la base légale, le SECM retient à grief les prestations attestées à partir du 08/10/2014.

Le SECM formule donc le grief pour les prestations suivantes échelonnées du 20/10/2014 au 12/12/2014 (introduction le 28/02/2015)

Prestation	Libellé	Montant/Prest (€)	Nbr. prest.	Montant total(€)
560011	courante cab 30'	16,37	12	196,44
Total général			12	196,44

Le montant de l'indu correspondant aux 12 prestations non effectuées s'élève à **196,44 €**.

Position de Madame A. en date du 30/05/2016.

« (...) Vous me demandez ce que je pense de ces conclusions, je vous réponds que les déclarations de Mme D. sont exactes. C'est mon mari, avec lequel je suis en litige qui a introduit ces prestations en tiers payant à mon nom. (...) »

1.2.2.2 Cas n° 2 – Madame E.

➤ **Prestations attestées**

Ont été attestées du 18/06/2014 au 28/02/2015 (prestations datées du 05/06/2014 au 21/11/2014) :

Prestation	Libellé	Valeur/prest	Nbre prest	Montant euros
560011	CAB-SME:KIN.MOY30MIN	16,37	18	294,66
561595	CAB:KINE.MOY30MIN	15,20	7	106,40
Total général			25	401,06

➤ **Argumentation**

Madame E. déclare en date du 14/12/2015 :

« (...) Je suis allée chez Madame A. car elle travaille en face de l'école de mon garçon. J'ai eu la prescription par mon gynécologue, le dr F.

Il a voulu que je prépare mon accouchement par le « bas » car mon 1er, c'était 1 césarienne.

J'ai eu 9 séances avant l'accouchement et 9 après. J'ai commencé les séances à un peu + de 7 mois (fin mai –début juin). J'ai commencé les séances postnatales 6 semaines après l'accouchement.

Pour la kiné prénatale, c'était 1 x/sem et la post-natale, les mardis et jeudis. Ca durait 1h : du tapis, du vélo, du steppe. C'est 1 kiné spécialisée dans le domaine. Je n'ai pas eu de problème d'incontinence ou autres. Tout s'est bien remis. Je n'y suis jamais allée un samedi, un dimanche, un férié. Je n'ai jamais eu de kiné pour un autre motif que l'accouchement.

Je payais la séance en liquide et je recevais l'attestation que je rentrais à la mutuelle. Je n'ai pas donné de vignette et je n'ai pas eu le tiers payant car je ne réponds pas aux critères(...) »

➤ **Prestations retenues à grief**

Vu le témoignage de l'assurée qui précise qu'elle recevait 2 séances par semaine, les mardis et les jeudis pour la kiné post-natale et vu le principe général de la base légale, les séances attestées les lundis, mercredis et vendredis ont été retenues à grief.

A noter que la semaine du 10/11/2014, 3 séances ont été portées en compte les lundi 10 mercredi 12 et jeudi 13 novembre 2014. Bien que l'assurée ait déclaré y aller les mardis et jeudis, le SECM a accordé le fait qu'exceptionnellement la séance a dû être réalisée le 10 novembre, le mardi 11 étant férié.

Prestation	Montant/Prest (€)	Nbr. prest.	Montant total(€)
560011	16,37	9	147,33
Total général		9	147,33

Le montant de l'indu correspondant aux 9 prestations non effectuées s'élève à **147,33 €**.

Position de Madame A. en date du 30/05/2016 :

« (...) Je vous réponds que c'est une dame qui a fait sa kiné postnatale très tard en octobre. De mémoire, Mme E. a fait plus de séances postnatales que ce qu'elle déclare. Je suis cependant incapable de vous dire exactement combien elle en a fait.

De plus, 9 séances n'ont été couvertes par aucune prescription médicale vu que 18 séances ont été prescrites et 27 attestées.

Je vous réponds que concernant les 9 séances courantes pour lesquelles il n'y a pas de prescription, il doit s'agir d'une erreur de l'ordinateur.

Vous me dites également que selon les déclarations de Mme E. ces 9 séances n'ont pas été effectuées.

De plus, aucun dossier de kinésithérapie individuel n'a pu vous être fourni. (...) »

Remarque :

5 de ces 9 prestations 560011 sont également reprises à titre subsidiaire dans le grief 2, prestations non couvertes par la prescription médicale.

1.2.2.3 Cas n° 3 - MADAME G.

➤ Prestations attestées

Ont été attestées du 02/09/2014 au 30/06/2015 (prestations datées du 06/08/2014 au 11/02/2015) :

Prestation	FLIBELLE	Valeur/prest	Nbr. prest.	Montant euro
560011	CAB-SME:KIN.MOY30MIN	16,37	9	147,33
563010	CAB:KINE.MOY30MIN	16,78	41	687,98
563010	CAB:KINE.MOY30MIN	17,90	19	340,10
563076	CAB:RPP.ECRIT	30,65	1	30,65
Total général				1.206,06

➤ Argumentation

En date du 14/12/2015, Madame G. déclare :

« (...) Après l'intervention du dos, j'ai eu 60 séances de kiné, prescrites par mon spécialiste, le dr H. J'ai eu des séances de kiné au cabinet, il s'agissait de Madame A.

J'ai commencé la kiné en septembre 2014, c'était 3 x/semaine après ± 15 jours de prise en charge (au début, j'y allais 1 à 2x/semaine). C'était souvent les lundis, mercredis et vendredis : j'y restais 1h : elle faisait de la physiothérapie, des massages et puis de la gymnastique. Je n'y allais jamais les samedis, dimanches, ni fériés. Si la séance tombait un vendredi férié, on reportait la semaine d'après ou on laissait tomber, je ne suis jamais allée un samedi. J'ai continué les séances jusque environ après janvier 2015. En fait, j'ai fait les 60 séances et puis j'ai arrêté. Je n'ai pas eu de renouvellement par le médecin. (...)

(...) Sur question, je n'ai pas pris de congés en 2014 et en 2015.

Sur question, la kiné a dû partir 1 semaine au ski en décembre 2014 et je n'ai donc pas eu les soins à cette période. (...)

➤ Prestations retenues à grief

Le SECM formule donc le grief pour les prestations attestées à une fréquence supérieure à 3 fois/semaine comme déclaré par la patiente, soit les prestations attestées les mardis et jeudis ainsi que le samedi 06/12/2014.

Prestation	Montant/Prest (€)	Nbr. prest.	Montant total (€)
563010	16,78	6	100,68
563010	17,90	5	89,50
Total général			190,18

Le montant de l'indu correspondant aux 11 prestations non effectuées s'élève à **190,18 €**.

Position de Madame A. en date du 30/05/2016 :

« (...) Si Madame G. n'a pas signé de document correspondant à une quelconque détresse financière, que c'est moi-même qui ai introduit ce document pour porter en compte des prestations de soins de santé par le système du tiers payant.

Je vous réponds que j'ai dit à cette personne que je m'occupais d'envoyer à la mutuelle les dernières séances par le système du tiers payant parce qu'elle s'inquiétait du montant qu'elle devrait payer et que je tardais à lui remettre l'attestation.

Concernant le document de détresse financière que vous me montrez, je vous déclare qu'il a été complété par mon mari. C'est son écriture qui y figure. (...)

Concernant les prestations non effectuées, Madame A. n'a émis aucune objection aux constatations formulées.

1.2.2.4 Cas n° 4 - Madame I.

➤ Prestations attestées

Ont été introduites du 12/08/2014 au 28/02/2015 (prestations datées du 16/07/2014 au 10/09/2014) les prestations suivantes :

Prestation	Valeur/prest	FLIBELLE	Nbr. prest.	Montant euro
563010	16,78	CAB:KINE.MOY30MIN	17	285,26
563010	17,90	CAB:KINE.MOY30MIN	13	232,7
563076	30,65	CAB:RPP.ECRIT	1	30,65
Total général			31	548,61

➤ Argumentation

En date du 14/12/2015, Madame I. déclare :

« (...) Sur question, j'ai été opérée du genou D le 14/7/2014 d'une ménisectomie. J'avais été opérée de genou G à 18 ans. Je suis restée hospitalisée du 14 au 17/7/2014. J'ai dû avoir 60 séances de kiné de rééducation pour mon genou. J'ai commencé de suite après l'intervention. C'était une dame, Madame A. ; elle est venue à mon domicile jusque fin juillet approximativement. Les autres séances ont été faites à son cabinet mais au total, sur les 60 séances, je n'en ai fait que 30 à cause de problèmes familiaux que je vivais ; j'ai dû déménager. (...)

Sur question, pendant les séances à domicile, sa nièce est venue la remplacer 2-3 jours. (...)

Sur question, quand elle venait à la maison, c'était tous les jours, sauf week-end et férié. Quand j'ai été à son cabinet (± début août 2014), c'était alors 3 x/semaine. Il s'agissait de massage, de mobilisation. Je n'ai plus eu de kiné après. (...) »

➤ Prestations retenues à grief

Vu le témoignage de l'assurée qui déclare avoir eu des soins à la fréquence de 3x/sem à partir de début août 2014 au cabinet de Madame A., les prestations allant au-delà de cette fréquence ont été retenues à grief.

Le SECM formule donc le grief pour 6 prestations échelonnées du 05-08-2014 au 26-08-2014 et introduites du 12-08-2014 au 11-09-2014

Prestation	Montant/Prest (€)	Nbre. prest.	Montant total (€)
563010	17,90	2	35,80
560350	16,78	4	67,12
Total général		6	102,92

Le montant de l'indu correspondant aux prestations non effectuées s'élève à **102,92 €**.

Position de Madame A. en date du 30/05/2016 :

Madame A. n'a émis aucune objection aux constatations formulées.

1.2.2.5 Cas n° 5 – Madame J.

➤ **Prestations attestées**

Ont été attestées du 30/09/2014 au 30/11/2014 (prestations datées du 02/04/2014 au 24/07/2014) les prestations suivantes :

Prestation	FLIBELLE	Valeur/prest	Nbr. prest.	Montant euro
560011	CAB-SME:KIN.MOY30MIN	16,37	6	98,22
560055	CAB.SME:KIN.MOY30MIN	7,40	18	133,20
Total général			24	231,42

➤ **Argumentation**

Déclarations de l'assurée en date du 11-01-2016 :

« (...) Sur question, j'ai dû aussi avoir de la kiné, c'était il y a ± 2 ans. J'allais chez Madame A. à ... Je souffre de fasciite plantaire. J'ai eu une prescription par l'orthopédiste, le dr K.

Je pense avoir eu 18 séances en 2014 : j'ai eu des ondes de choc et du crochetage, je pense.

Je devais y aller 3x/semaine sur rendez-vous.

La séance durait ± 1h30. Je ne pense pas être allée au bout de la prescription.

J'ai commencé début 2014, c'était le 1^{er} trimestre et je suis partie en vacances en juillet 2014.

Je suis retournée chez le dr K. en mai-juin 2014 pour des infiltrations dans les 2 pieds. (...) »

(...) En juillet 2014 ? Je suis partie le 14 et je pense être rentrée le 28. (c'était 1 dimanche soir, si je me souviens bien). Après ma 1^{ère} infiltration, je suis certaine de ne plus avoir eu de séances.

(...) Sur question, je ne suis jamais allée tous les jours chez le kiné, c'était 3x/semaine et jamais 1 samedi ni 1 dimanche, ni 1 férié. Pour le paiement, elle me donnait le papier, je me faisais rembourser par la mutuelle et je la payais après. Je n'avais pas de supplément. Il me semble qu'1 x je suis allée et que c'était 1 remplaçant, un monsieur. (...) »

Rapports de consultation d'orthopédie du Dr K. :

Le dernier rapport de consultation du 16/07/2015 du Dr K., orthopédiste traitant, précise que Madame J. a bénéficié d'infiltrations des talons les 28/05/2014, 12/06/2014 et 11/07/2014 et qu'elle n'a plus eu de kiné depuis 1 an. Les notes de consultation de ces différentes dates montrent effectivement que depuis le 28/05/2014, la patiente n'a pas repris la kiné. Ces éléments recourent parfaitement les déclarations de l'assurée qui affirme ne plus avoir eu de séances de kiné après cette 1^{ère} infiltration.

Consultation du 28/05/2014

...

Consultation du 12/06/2014

...

Consultation du 11/07/2014

...

Consultation du 16/07/2015

...

➤ **Prestations retenues à grief**

L'assurée affirme avoir eu 18 séances à la fréquence de 3 x/semaine et déclare ne plus avoir eu de séances après sa 1^{re} infiltration du pied en mai-juin 2014, ce qui rejoint les rapports de consultation du Dr K., orthopédiste traitant.

L'assurée déclare également ne jamais avoir eu de séance les week-ends : les prestations attestées le samedi sont donc indues.

L'assurée déclare également être partie en vacances du 14/07/2014 au 28/07/2014, les prestations attestées à ces dates sont donc indues. A noter que du 21/07/2014 au 29/07/2014, Madame A. était elle-même en vacances à l'étranger, de ce fait les prestations attestées les 22/07/2014, 23/07/2014 et 24/07/2014 ont déjà été retenues dans le premier volet de ce grief.

Prestation	Montant/Prest (€)	Nbre. prest.	Montant total (€)
560011	16,37	3	49,11
560055	7,40	10	74,00
Total général		13	123,11

Le montant de l'indu correspondant aux 13 prestations non effectuées s'élève à **123,11 €**.

Position de Madame A. en date du 30/05/2016 :

« (...) L'assurée déclare avoir eu 18 séances à la fréquence de 3 x/semaine et ne plus avoir eu de séances après sa 1^{ère} infiltration du pied en mai-juin 2014, ce qui se vérifie dans les rapports de consultation du Dr K., orthopédiste traitant ;

de plus, l'assurée confirme également être partie en vacances du 14/07/2014 au 28/07/2014, les prestations attestées à ces dates sont donc indues.

Vous en concluez que sur les 44 prestations attestées par mon remplaçant, Monsieur C., et moi-même, 18 séances sont indues.

Je vous réponds que je suis incapable de vous dire combien de séances ont réellement été effectuées. (...) »

...

1.2.2.6 Cas n° 6 – Madame L.

➤ Prestations attestées

Ont été attestées du 02/07/2014 au 08/09/2015 (prestations datées du 10/03/2014 au 14/08/2015) les prestations suivantes :

Prestation	FLIBELLE	Valeur/prest	Nbr. prest.	Montant total (€)
563916	DOM:KINE.MOY30MIN	20,44	65	1.328,60
563953	DOM:KINE.MOY30MIN	10,10	227	2.262,40
564093	+65:KINE.MOY20MIN	11,97	7	83,79
564130	+65:KINE.MIN20MIN	6,61	16	105,76
564336	DOM.IND.KINE.MOY30M	18,11	24	434,64
Total général			339	4.215,19

➤ Argumentation

En date du 15/12/2015, Monsieur M., le fils de Madame L., domicilié à la même adresse, déclare :

« (...) Quand je suis en vacances, je place maman au Home ... de ..., a côté de l'ancien En 2015, elle y est allée du 02 au 12/01/2015 (du 1^{er} samedi 2015 au 2^e samedi 2015) et puis pendant la 2^{ème} quinzaine de juin 2015. (...)

J'ai aussi un kiné qui vient, je pense, 1x/semaine.

Quand je pars en vacances, je lui dit et il va au home. Il ne vient jamais ni le samedi, ni le dimanche ni les jours fériés. Je ne paie rien au kiné. Quand il va au home, c'est à la même fréquence qu'à la maison, 1x/semaine. (...)

Sur question, la kiné s'appelle Madame A. ; ils travaillent à 2, lui et son épouse Madame A.

C'est toujours lui qui vient car sa femme fait plus les soins au cabinet. Pour le kiné, il laisse un papier avec ses dates que je donne au médecin traitant pour qu'il le signe et puis, je le lui remets signé. Ici, il y a longtemps que je ne l'ai plus vu. Je suis formel, il venait 1x/semaine et ça fait longtemps que c'est comme ça, depuis toujours. Il n'est jamais venu tous les jours. (...)

En date du 17/12/2015, Monsieur N., infirmier chef de la MRPA « O. », déclare :

« (...) La kiné du court séjour intervient : Mme P., RN ..., n° CI Sur question, Mme P. précise que l'intervention d'un kiné extérieur est rare (2 à 3 x/an). C'est l'assistant social qui précise cette notion à l'entrée du patient. Quand une intervention « extérieure » est réalisée, elle peut être intégrée dans le dossier du patient.

Vous me demandez le dossier de Mme L., je vous le montre.

(...) Elle a séjourné chez nous du 02/01 au 12/01/2015.

(...) Madame L. a séjourné aussi du 18/6/15 au 6/7/15.

(...) Sur question, en janvier 2015, rien n'est indiqué sur un quelconque passage du kiné R.

« (...) Par contre, en juin, lors de l'enquête de notre assistant social, Mr K., celui-ci a indiqué en « Divers :... (...) Le kiné de Madame D. se déplace à la Résidence ».

Il s'agit du dossier fait par notre assistant social avant l'entrée en maison de repos.

Je ne trouve aucune trace de passage de kiné dans le dossier de la patiente ; il n'a pas eu de kiné réalisée par notre centre, aucune prescription n'a été retrouvée. Mais aucune trace non plus d'1 quelconque passage d'1 kiné « extérieur » au centre.

Sur question, je n'ai jamais vu ce Monsieur R. ici dans la maison de repos et je suis ici de 8 h 00 à 16 h 00 – 16 h 30 depuis juin 2015.

J'ai posé la question également à l'infirmière coordinatrice du court séjour et aux 2 kinés, ça ne leur dit rien. (...) »

Vu les éléments probants du dossier, les déclarations de Monsieur M. vivant sous le même toit que sa maman, Madame L., le SECM formule donc le grief pour les prestations portées en compte plus d'1x/semaine qui sont indues vu qu'elles n'ont pas été effectuées.

De plus, lors des séjours de Madame L. à la résidence O. du 02/01/2015 au 12/01/2015 et du 18/06/2015 au 06/07/2015, aucun élément objectif ne permet d'établir une quelconque prise en charge par Madame A. pour des soins de kinésithérapie au sein même de la Résidence O. C'est même l'OA 128 qui a dû avertir Madame A. que Madame L. était physiquement présente en ... et donc que les codes domicile ne pouvaient être attestés (voir scan des pièces probantes ci-après).

Pièce 1331 :

....

Pièce 1330 :

➤ **Prestations retenues à grief**

Le montant de l'indu correspondant aux 253 prestations non effectuées s'élève à **3.148,98** €.

Prestation	Montant/Prest (€)	Nbr. prest.	Montant euros
563916	20,44	46	940,24
563953	10,10	169	1.706,90
564093	11,97	6	71,82
564130	6,61	13	85,93
564336	18,11	19	344,09
Total général		253	3.148,98

Position de Madame A. en date du 30/05/2016 :

« (...) Vous considérez qu'au vu des déclarations de Monsieur M., fils de Madame L. et qu'au vu des déclarations de Monsieur N., infirmier chef de la Résidence O., seule 1 séance par semaine aurait pu être portée en compte.

D'ailleurs, vous me faites remarquer qu'initialement j'ai tarifié des codes « domicile » 563916 et que c'est l'OA de la patiente qui m'a informée qu'elle n'était pas à son domicile. (...) »

« (...) Je vous réponds que c'est une patiente de mon mari, je ne sais donc rien vous dire à propos de ce cas. Je vous précise même que l'attestation que vous me montrez porte le paraphe de mon mari. (...) »

1.2.2.7 Cas n° 7- Madame S.

➤ Prestations attestées

Ont été attestées du 23/07/2014 au 03/09/2015 (prestations datées du 13/03/2014 au 27/08/2015) les prestations suivantes :

Prestation	Libellé	Valeur/prest	Nbr. prest.	Montant euros
561013	DOM:KINE.MOY30MIN	20,89	321	6.705,69
Total général			321	6.705,69

➤ Prestations retenues à grief

Madame S. déclare en date du 15/12/2015 (Cf. pièces 800 à 805) :

« (...) Mon kiné est Monsieur R. de Il me fait de la kiné respiratoire tous les jours. Il peut arriver qu'il vienne même le samedi et le dimanche quand il le faut. Il passe tous les jours vers 8h – 8h15. La séance dure une demi-heure.

Il travaille avec son épouse Madame A.. Elle vient plus rarement. Je dirais que c'est toujours lui et qu'elle vient rarement.

Quand M^r R. et M^{me} A. partent en congé, il y a toujours un remplaçant. (...) »

« (...) Si R et A. partent en vacances, ils s'arrangent pour me désigner un remplaçant.

Je vous signale que tous les ans je passe 15 jours à ..., toujours dans le même appartement depuis 4 – 5 ans. Je me sens bien là-bas.

Je vais toujours à la même période, les 2^e et 3^e semaines de juillet. En 2016, ce sera du 8 au 22 juillet.

En 2015, c'était du 10 au 24 juillet.

En 2014, ce devait également être du 10 au 24 juillet.

De toute façon, c'est toujours les 2^e et 3^e semaines de juillet, tous les ans.

On réserve en novembre. C'est comme ça que je connais les dates de 2016.

Sur question quand je suis à ... je n'ai pas de kiné. Mais c'est normal puisque je m'y sens bien. (...) »

Vu le témoignage de l'assurée qui affirme prendre ses congés annuels les 2^{es} et 3^{es} semaines de juillet à la mer, et vu le principe général de la base légale, le SECM retient à grief les prestations attestées pour 2014, du 10 au 24 juillet ainsi que pour 2015, du 10 au 24 juillet. A noter que les prestations indues attestées du 21 au 24 juillet 2014 ont déjà été retenues à grief dans le premier volet de ce grief (congés de Madame A.)

Le SECM formule donc le grief pour les prestations suivantes :

Prestation	Montant/Prest (€)	Nbre. prest.	Montant total (€)
561013	20,89	10	208,9
Total général		10	208,9

Le montant de l'indu correspondant aux 4 prestations non effectuées s'élève à **208,9 €**.

Position de Madame A. en date du 30/05/2016 :

« (...) Je vous réponds que c'est une patiente de mon mari. Je ne sais rien vous dire au sujet de ce cas. Comme pour le cas précédent, mon mari atteste à mon nom les prestations qu'il effectue et cela dans le but de ne pas dépasser le plafond. Ce faisant, j'en arrive moi à dépasser le plafond. (...) »

1.2.2.8 Cas n° 8- Madame T.➤ Prestations attestées

Ont été attestées du 30/06/2014 au 31/08/2015 (prestations datées du 02/05/2014 au 27/08/2015) les prestations suivantes :

Prestation	FLIBELLE	Valeur	Nbr. prest.	Montant total (€)
560652	CAB:KINE.MOY.30MIN	17,90	325	5817,50
Total général			325	5817,50

➤ Argumentation

En date du 15/12/2015, Madame T. déclare :

« (...) Je fais de la kiné, pour ma polyarthrite, depuis 2010-2011 de mémoire.

Sur question, ces 2 dernières années, je fais de la kiné pour calmer mes douleurs et/ou pour ma mobilisation.

Je fais de la kiné tous les jours, du lundi au vendredi. Je ne fais jamais de kiné le samedi car avec mes 2 enfants (6 ½ ans et 2 ans actuellement), ce n'est pas facile de me libérer.

En principe, je fais 5 séances par semaine, du lundi au vendredi. Si il y a un jour férié dans la semaine, je ne fais pas de séance le jour férié mais je ne la reporte pas non plus le samedi, à cause de mes enfants.

Sur question, je fais ma kiné chez M^{me} A. qui habite J'habitais, auparavant, dans la même rue que la kiné. J'y ai fait mes séances post natales et ensuite j'ai continué chez elle pour soigner ma polyarthrite. (...) »

« (...) Sur question, il y a des années que je ne suis plus partie en vacances.

Ma kiné s'appelle Madame A., son n° de GSM est

Sur question, quand Madame A. prend congés, je ne fais en principe pas de kiné. Sauf quand j'ai trop mal, il est arrivé que ce soit sa nièce, kiné également, qui me fasse mes soins dans le cabinet de B. Mais de mémoire, je ne peux vous dire les dates de congés de Mme A.

Il me semble qu'elle ne doit pas prendre plus d'une semaine de congés en juillet-août et parfois aux fêtes de fin d'année, tout dépend des examens de ces 2 grandes filles. (...) »

➤ Prestations retenues à grief

Vu les déclarations de l'assurée qui confirme ne jamais avoir de soins le samedi pour des raisons familiales, le SECM retient à grief les prestations attestées les samedis 14/06/14, 15/11/14 et 11/04/2015.

Le montant de l'indu correspondant aux 3 prestations non effectuées s'élève à **53,70 €**.

Position de Madame A. en date du 30/05/2016 :

« (...) Je marque mon accord avec les déclarations de Mme T. (...) »

1.2.2.9 Cas n° 9 – Madame U.

➤ Prestations attestées

Ont été attestées du 12/06/2014 au 21/05/2015 (prestations datées du 28/04/2014 au 22/08/2014) les prestations suivantes :

du 28/04/2014 au 21/08/2014, 1 séance 563010 par journée de soins ;

le 22/08/2014, 1 séance 563054 ;

du 14/04/2014 au 18/04/2014, ont été attestées 3 prestations 563010 par Monsieur C., remplaçant du cabinet B.

➤ Argumentation

En date du 15/12/2015, Madame U. déclare :

« (...) En même temps, j'ai dû avoir des séances de kiné ; mon orthopédiste a fait un papier pr 2 x 30 séances. J'ai commencé les séances de kiné en avril 2014. J'y allais tous les jours, sauf le samedi et dimanche. Si le férié tombait un jour de semaine, la séance tombait et n'était pas faite le week-end. Il s'agit d'un kiné privé à ..., c'était un couple de kinés. C'était Mme A. La séance durait 1h. J'ai d'abord des massages, des électrodes et puis, du travail sur tapis. A la fin des 30 séances, j'ai revu l'orthopédiste qui m'a prescrit 30 séances, là aussi 1x/jour et 5 jours/semaine.

Mais je n'ai pas terminé la 2^{ème} série des 30 séances : il me restait quelques séances, environ une petite dizaine à faire, que je n'ai pas faites. La kiné partait en congés en juillet 2014 et après, je n'ai plus repris rendez-vous après. Elle est partie 2 semaines en congés. Je ne me souviens pas y être allée en août 2014. (...) »

En date du 25/02/2016, Madame U. a également déclaré :

« Je vous avais déclaré n'avoir rien signé concernant une éventuelle détresse financière.

J'ai toujours payé au comptant au kiné.

Vous me montrez un document « dérogation pour le Tiers-Payant ». Je n'ai jamais vu ce document, je ne l'ai ni rempli ni signé.

La date du 3/02/2015 est indiquée mais je n'ai plus jamais été chez le kiné en 2015.

Je suis formelle. Je n'y suis plus allée après le 14/7/2014. En avril, le couple est parti ensemble et c'est à ce moment-là que j'ai eu le remplaçant. Je ne lui ai rien payé directement.

Le paiement se faisait toujours par le couple. En juillet 2014, c'était leurs grands congés ; là, ils sont partis plus longtemps et je n'y suis plus allée après le 14. (...) »

➤ Prestations indues

Sur base des déclarations de Madame U. qui certifie ne plus avoir eu de séances de kinésithérapie après le 14 juillet 2014, les 19 séances attestées après cette date sont donc indues.

Prestation	FLIBELLE	Valeur	Nbr. prest.	Montant euro
563010	CAB:KINE.MOY30MIN	17,90	18	302,04
563054	CAB:KINE.MOY30MIN	8,17	1	8,17
Total général			19	310,21

Le montant de l'indu correspondant aux 19 prestations non effectuées s'élève à **310,21 €**.

Position de Madame A. en date du 30/05/2016 :

« (...) Vous en concluez que, sur base des déclarations de Madame U., aucune séance de kiné n'aurait pu être attestée après le 14 juillet 2014, ce qui correspond à 20 séances indues. (...) »

Je vous réponds qu'il doit s'agir d'une erreur de l'ordinateur qui enregistre d'office 60 séances dès la demande. J'ai sans doute oublié de rectifier quand le traitement a été terminé. Je suis d'accord de rembourser ces séances. (...) »

1.3 Récapitulatif de l'indu pour le grief n° 1

1.3.1 Pour les périodes de congés de Madame A. :

Prestation	Nbre	Montant (euros)
560011	61	1.030,07
560055	60	497,73
560313	8	136,27
560350	20	188
560652	96	1.882,49
561013	22	459,58
561595	3	49,69
563010	60	1.105,82
563054	10	83,33
563312	6	123,54
563614	13	218,14
563916	5	102,2
563953	18	181,8
564211	2	45,12
564336	4	72,44
Total général	388	6.176,22

1.3.2 Pour les cas auditionnés

Nom Prénom	Prestation	Nbr. prest.	Montant euro
Madame D.		12	196,44
	560011	12	196,44
Madame E.		9	147,33
	560011	9	147,33
MADAME G.		11	190,18
	563010	11	190,18
MADAME I.		6	102,92
	563010	6	102,92
Madame J.		13	123,11
	560011	3	49,11
	560055	10	74
Madame L.		253	3.148,98
	563916	46	940,24
	563953	169	1706,9
	564093	6	71,82
	564130	13	85,93
	564336	19	344,09
Madame S.		10	208,9
	561013	10	208,9

Madame T.		3	53,7
	560652	3	53,7
Madame U.		19	310,21
	563010	18	302,04
	563054	1	8,17
Total général		336	4.481,77

Prestation	FLIBELLE	Nbr. prest.	Montant euro
560011	CAB-SME:KIN.MOY30MIN	24	392,88
560055	CAB.SME:KIN.MOY30MIN	10	74
560652	CAB:KINE.MOY.30MIN	3	53,7
561013	DOM:KINE.MOY30MIN	10	208,9
563010	CAB:KINE.MOY30MIN	35	595,14
563054	CAB:KINE.MOY30MIN	1	8,17
563916	DOM:KINE.MOY30MIN	46	940,24
563953	DOM:KINE.MOY30MIN	169	1706,9
564093	+65:KINE.MOY20MIN	6	71,82
564130	+65:KINE.MIN20MIN	13	85,93
564336	DOM.IND.KINE.MOY30M	19	344,09
Total général		336	4.481,77

1.3.3 Indu total pour le Grief 1:

Prestation	Nbre	Montant (euros)
560011	85	1.422,95
560055	70	571,73
560313	8	136,27
560350	20	188,00
560652	99	1.936,19
561013	32	668,48
561595	3	49,69
563010	95	1.700,96
563054	11	91,50
563312	6	123,54
563614	13	218,14
563916	51	1.042,44
563953	187	1.888,70
564093	6	71,82
564211	2	45,12
564336	23	416,53
564130	13	85,93
Total général	724	10.657,99

2 **Grief 2**

Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer des documents réglementaires permettant le remboursement des prestations de santé lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans la présente loi, dans ses arrêtés et règlements d'exécution les conventions et accords conclus en vertu de cette même loi, au sens de l'article 73bis, 2°, s'agissant de soins de kinésithérapie non couverts par une prescription médicale.

En l'espèce, il s'agit de 15 prestations de kinésithérapie attestées pour 2 assurées à titre principal et de 27 prestations attestées pour 3 assurées à titre subsidiaire.

2.1 **Base légale**

2.1.1 **NPS**

"A.R. 18.12.2002" (en vigueur 1.1.2003) + "A.R. 3.9.2015" (en vigueur 1.11.2015)

"§ 2. Les prestations définies au paragraphe précédent ne font l'objet d'une intervention de l'assurance soins de santé que lorsqu'elles sont prescrites par un docteur en médecine ou par un praticien de l'art dentaire en cas de dysfonction temporomandibulaire. La prestation "rapport écrit" ne doit pas être mentionnée explicitement sur la prescription."

2.2 **Éléments de l'enquête sur lesquels se fonde le grief**

l'analyse des données informatisées transmises et authentifiées par les différents OA conformément au prescrit de l'article 138 de la LC ;

les déclarations des assurés reprises dans le PVA de la concernée du 30/05/2016 (Cf. pièces 255 à 290) ;

l'analyse des ASD des OA 128 et 317 (Cf. pièces 961 à 1030) ;

les prescriptions médicales transmises par l'OA 317 et 129 (Cf. pièces 961 à 1030) ;

l'audition de la concernée les 03/05/2016 et 30/05/2016 (Cf. pièces 227 à 244 et 255 à 290).

2.3 **CAS RETENUS**

2.3.1 **Cas n° 1 – Madame E.**

➤ **Prestations attestées**

Ont été attestées :

du 05/06/14 au 06/10/14 (prestations introduites du 18/06/14 au 28/02/15), 9 prestations 561595 ;

du 09/10/14 au 21/11/14, 18 prestations 560011 (prestations introduites le 28/02/2015).

18 prestations ont été prescrites par le Dr F., n° Inami ..., gynécologue.

Les 2 prescriptions relatives à ces 18 prestations ont été transmises par l'OA 317.

Aucune autre prescription n'a été introduite ni transmise par l'OA.

Prescription pour les 9 séances prénatales (Cf. pièce 1074)

....

Prescription pour 9 séances de rééducation uro-gynécologique (Cf. pièces 1024 et 1025)

En date du 14/12/2015, Madame E. déclare (Cf. pièces 570 à 575) :

« (...) Je suis allée chez Madame A. car elle travaille en face de l'école de mon garçon. J'ai eu la prescription par mon gynécologue, le dr F.

Il a voulu que je prépare mon accouchement par le « bas » car mon 1er, c'était 1 césarienne.

J'ai eu 9 séances avant l'accouchement et 9 après. J'ai commencé les séances à un peu + de 7 mois (fin mai –début juin). J'ai commencé les séances postnatales 6 semaines après l'accouchement.

Pour la kiné prénatale, c'était 1 x/sem et la post-natale, les mardis et jeudis. Ca durait 1h : du tapis, du vélo, du steppe. C'est 1 kiné spécialisée dans le domaine. Je n'ai pas eu de problème d'incontinence ou autres. Tout s'est bien remis. Je n'y suis jamais allée un samedi, un dimanche, un férié. Je n'ai jamais eu de kiné pour un autre motif que l'accouchement.

Je payais la séance en liquide et je recevais l'attestation que je rentrais à la mutuelle. Je n'ai pas donné de vignette et je n'ai pas eu le tiers payant car je ne réponds pas aux critères (...) »

En date du 04/03/2016, Madame E. a reprécisé (Cf. pièces 583 à 588) :

« (...) Sur question, j'ai eu 9 séances de kiné prénatales. Concernant les 9 séances postnatales après réflexion, je ne les ai pas toutes faites. J'ai dû arrêter après 4-5 séances car les horaires ne m'arrangeaient pas. (...) »

9 séances n'ont donc été couvertes par aucune prescription médicale vu que 18 séances ont été prescrites et 27 attestées.

➤ Prestations retenues à grief

Vu qu'aucune autre prescription n'a été introduite ni transmise par l'OA, seules 18 séances sur les 27 attestées auraient pu être portées en compte.

Grief 2 : A titre principal : 4 prestations 560011 datées des 10, 13,18 et 20/11/2014 (introduites le 28/02/2015) sont retenues à grief pour un montant de 65,48 euros

A titre subsidiaire (x), 5 prestations 560011 déjà concernées par le grief 1 pour un montant de 0 euros.

Grief 2	Prestation	Montant/Prest (€)	Nbr. prest.	Montant total(€)
Titre principal	560011	16,37	4	65,48
Titre subsidiaire	560011	16,37	5	0,00
Total général			9	65,48

➤ Position de Madame A. en date du 30/05/2016 (Cf. pièces 255 à 290) :

« (...) De plus, 9 séances n'ont été couvertes par aucune prescription médicale vu que 18 séances ont été prescrites et 27 attestées.

Je vous réponds que concernant les 9 séances courantes pour lesquelles il n'y a pas de prescription, il doit s'agir d'une erreur de l'ordinateur. (...) »

...

2.3.2 Cas n° 2 – Madame J.

➤ **Prestations attestées**

Ont été attestées :

du 06/01/2014 au 08/04/2014, 15 prestations 560011 ;

du 09/04/2014 au 24/07/2014, 26 prestations 560055.

Monsieur C., remplaçant du cabinet a attesté en rapport avec la même prescription médicale :

du 14/04/2014 au 18/04/2014, 3 prestations 560055.

Soit un total de 44 prestations.

➤ **Argumentation**

Prescriptions médicales introduites auprès de l'OA 317

18 séances ont été prescrites par le Dr V., médecin généraliste (Cf. pièces 1046 et 1132).

24 séances par le Dr K., orthopédiste (Cf. pièces 1047 à 1048 et 1127).

...

Les 44 prestations attestées font référence à ces 4 prescriptions ; cependant, seules 42 séances sont effectivement couvertes par une prescription médicale.

2 séances ne sont pas couvertes par aucune autre prescription médicale. Aucune autre prescription médicale n'a été introduite ni retrouvée auprès de l'OA.

➤ **Prestations indues à titre subsidiaire**

2 prestations 560055 datées des 22 et 23/07/2014 (introduction le 30/11/2014) sont indues à titre subsidiaire pour un montant de 0,00 euros vu qu'elles ont été déjà concernées par le grief 1.

➤ **Position de Madame A. en date du 30/05/2016** (Cf. pièces 255 à 290)

« (...) Je vous réponds que je suis incapable de vous dire combien de séances ont réellement été effectuées. (...) »

2.3.3 Cas n° 3- Madame U.

➤ Prestations attestées

Ont été attestées :

du 08/04/2014 au 21/08/2014, 1 séance 563010 par journée de soins, soit un total de 57 séances 563010 ;

le 22/08/2014, 1 séance 563054 ;

du 14/04/2014 au 18/04/2014, ont été attestées 3 prestations 563010 relatives à la prescription médicale du Dr W., par Monsieur C., remplaçant du cabinet B.

Soit un total de 61 séances : 60 séances 563010 et 1 prestation 563054.

➤ Argumentation

1 seule prescription médicale du Dr W. datée du 03/04/2014 a été introduite auprès de l'OA (Cf. pièce 1597);

Aucune autre prescription médicale n'a été introduite ni retrouvée auprès de l'OA.

De plus, Madame U., affiliée auprès d'une assurance privée (...), disposait d'une copie de l'exhaustivité des éléments relatifs à la tarification des soins dont elle a pu bénéficier et qu'elle nous a remis lors de son audition du 15/12/2015 (Cf. pièces 943 bis à 943 testricies : copies des ASD, facture d'hospitalisation, prescription médicale,...). Seule la copie de cette prescription médicale du 03/04/2014 était présente dans ce dossier.

...

Seules 30 séances des 61 attestées ont été couvertes par la prescription médicale du Dr W.

31 séances sont donc indues : 11 à titre principal et 20 à titre subsidiaire vu qu'elles ont déjà été concernées par le grief 1.

➤ Prestations indues

A titre principal

Grief 2 (PM)	Prestation	Nbr. prest.	Montant euros
2	563010	11	184,58
Total Grief 2		11	184,58

11 séances 563010 datées du 16-06-2014 au 14-07-2014 (introduction les 30-07-2014, 03-09-2014 et 19-03-2015) sont indues à titre principal pour un montant de 184,58 euros

A titre subsidiaire

Grief 2 (PM)	Prestation	Nbr. prest.	Montant euros
	563010	19	0,00
	563054	1	0,0
Total		20	0,00

Remarque : 20 séances (19 séances 563010 et 1 séance 563054) sont concernées à titre subsidiaire et ont été déjà comptabilisées dans le grief 1, non effectué.

...

➤ **Position de Madame A. en date du 30/05/2016 (Cf. pièces 255 à 290)**

« (...) Je vous réponds qu'il doit s'agir d'une erreur de l'ordinateur qui enregistre d'office 60 séances dès la demande. J'ai sans doute oublié de rectifier quand le traitement a été terminé. Je suis d'accord de rembourser ces séances. »

2.3.4 Récapitulatif grief n° 2

A titre principal

Grief 2	Nom	Prestation	Valeur	Nbr. prest.	Montant euros
	Madame E.	560011	16,37	4	65,48
2	Madame U.	563010	16,78	11	184,58
Total général				15	250,06

A titre subsidiaire

Grief 2	Nom	Prestation	Valeur	Nbr. prest.	Montant euros
	Madame E.	560011	16,37	5	0,00
	Madame J.	560055	7,40	2	0,00
	Madame U.	563010	16,78	19	0,00
	Madame U.	563054	8,17	1	0,00
Total général				27	0,00

Le montant de l'indu pour le grief n° 2 s'élève donc à **250,06 €**.

3 Grief 3

Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer des documents réglementaires permettant le remboursement des prestations de santé lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans la présente loi, dans ses arrêtés et règlements d'exécution les conventions et accords conclus en vertu de cette même loi, au sens de l'article 73bis, 2°, s'agissant de fausse déclaration au nom de certains patients intitulées « Demande de dérogation pour le tiers payant », introduite par Madame A. afin de porter en compte des prestations litigieuses. Il s'agit donc d'usage abusif du tiers payant.

En l'espèce, il s'agit de prestations de kinésithérapie attestées pour 5 assurées.

3.1 Base légale

3.1.1 LC

(D'application à partir du 15-5-2007 (A.R. 15-5-07 – M.B. 1-6 – art. 1))

Art. 73bis. Sans préjudice d'éventuelles poursuites pénales et/ou disciplinaires et nonobstant les dispositions des conventions ou des accords visés au Titre III, il est interdit aux dispensateurs de soins et assimilés, sous peine des mesures énoncées à l'article 142, § 1er : (...)

(D'application à partir du 09-4-2012 (M.B. 30-3-12))

2° de rédiger, faire rédiger, délivrer ou faire délivrer les documents réglementaires précités lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans la présente loi, dans ses arrêtés et règlements d'exécution, dans les conventions et accords conclus en vertu de cette même loi; (...)

(D'application à partir du 15-5-2007)

Art. 142. § 1er. Sans préjudice d'éventuelles sanctions pénales et/ou disciplinaires, les mesures suivantes sont appliquées aux dispensateurs de soins et assimilés qui ne se conforment pas aux dispositions de l'article 73bis :(...)

2° le remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé, et/ou une amende administrative comprise entre 5 % et 150 % du montant de la valeur des mêmes prestations en cas d'infraction aux dispositions de l'article 73bis, 2°; (...)

3.2 Eléments de l'enquête sur lesquels se fonde le grief

Le grief se fonde sur :

l'analyse des données informatisées transmises et authentifiées par les différents organismes assureurs conformément au prescrit de l'article 138 de la LC ;

les déclarations des assurés reprises dans le PVA du 30/05/2016 de Madame A. (Cf. pièces 255 à 290) ;

les pièces obtenues auprès de l'OA 128 et 317 (Cf. pièces 961 à 1030) ;

l'audition de la concernée les 03/05/2016 et 30/05/2016 (Cf. pièces 255 à 290).

Déclaration de portée générale de Madame A. en date du 03/05/2016 (Cf. pièce 251) :

« (...) Concernant le tiers payant je le réserve aux personnes en difficulté financière et aux patients en pathologie lourde. Il est déjà arrivé pour des patients qui ne payaient pas en paiement direct je rentre les attestations en tiers payant.

Pour les patients en détresse financière, je leur fais signer la déclaration de détresse financière.

Sur question, Il es possible que j'aie des patients qui ont payé en paiement direct et pour qui, vu leur défaut de paiement, j'ai introduit des prestations en tiers payant. (...) »

3.3 CAS RETENUS

3.3.1 Cas n° 1 - Madame D.

➤ Prestations attestées

Ont été attestées du 02/06/2014 au 28/02/2015 (prestations datées du 30/05/2014 au 12/12/2014) les prestations suivantes :

Prestation	Valeurs/prest	Nbr. prest.	Montant euros
560011	16,37	16	261,92
561595	15,20	7	106,40
Total général		23	368,32

➤ Argumentation

Déclarations de Madame D. du 01/12/2015 (Cf. pièces 546 à 561) :

« (...) Par hasard, comme je suis gestionnaire des dossiers de kiné, j'ai consulté mon propre dossier. J'ai été stupéfaite car j'ai aperçu que mon quota de 18 séances « 560011 » était atteint alors que je n'ai pas eu ces séances supplémentaires.

J'ai alors consulté la transaction séance par séance, date par date pour comprendre d'où venait le problème. Et là, j'ai constaté que j'ai des séances introduites en tiers payant (alors que je ne suis pas dans les critères requis à savoir une détresse financière) et que ces séances, je n'en avais pas bénéficié. Il s'agissait des prestations datées du 20/10/2014, 04/11/2014, 12/11/2014, 17/11/2014, 24/11/2014, 1/12/2014, 2/12/2014, 8/12/2014, 9/12/2014, 10/12/2014, 11/12/2014,

12/12/2014. Je vous confirme que je n'ai pas eu ces séances, je travaillais ou autres mais je n'ai pas eu de kiné. (...) »

➤ **Prestations indues**

Le SECM considère que les prestations introduites en tiers payant (paiement 4) sont indues vu qu'elles ont été introduites hors des critères requis et ce, afin de pouvoir porter en compte des prestations litigieuses. Ces prestations sont datées du 20/10/14 au 12/12/14 et introduites le 28/02/2015.

A titre subsidiaire

Prestation	Nbr. prest.	Montant euros
560011	12	0,00
Total général	12	0,00

Les 12 prestations sont indues à titre subsidiaire vu qu'elles ont déjà été retenues dans le grief 1.

Position de Madame A. en date du 30/05/2016 (Cf. pièces 255 à 290)

« (...) Selon les déclarations de Madame D., vous concluez que cette dernière n'a plus bénéficié de séances de kiné après le 08-10-2014 et qu'elle n'a fait aucune demande relative à un quelconque état de détresse financière pour le tiers payant.

Vous me demandez ce que je pense de ces conclusions, je vous réponds que les déclarations de Mme T. sont exactes. C'est mon mari, avec lequel je suis en litige qui a introduit ces prestations en tiers payant à mon nom. (...) »

3.3.2 Cas n° 2 – Madame E.

➤ **Prestations attestées**

Ont été attestées du 18/06/2014 au 28/02/2015 (prestations datées du 05/06/2014 au 21/11/2014) les prestations suivantes :

Prestation	FLIBELLE	Valeur/prest	Nbr. prest.	Montant euros
560011	CAB-SME:KIN.MOY30MIN	16,37	18	294,66
561595	CAB:KINE.MOY30MIN	15,20	7	106,40
Total général			25	401,06

➤ **Argumentation**

Madame E. déclare en date du 14/12/2015 (Cf. pièces 570 à 575) :

« (...) Je payais la séance en liquide et je recevais l'attestation que je rentrais à la mutuelle. Je n'ai pas donné de vignette et je n'ai pas eu le tiers payant car je ne réponds pas aux critères (...) »

En date du 04/03/2016, Madame E. a même déclaré (Cf. pièces 583 à 588) :

« Sur question, mes déclarations du 14/12/2015 sont bien exactes. Je n'ai signé aucun document de détresse financière.

Vous me montrez un document intitulé « demande de dérogation pour le tiers payant » où il est indiqué me trouver dans l'impossibilité de payer les honoraires de soins de kiné à l'attention de Mme A. Je vous certifie que c'est 1 faux :

je n'ai jamais ni rempli ni signé ce genre de document. D'ailleurs, je signe au verso pour vous montrer mon écriture et ma signature, je ne trouve pas cela correct(...) »

Document introduit auprès de l'OA

...

Signature de Madame E.

...

➤ Prestations retenues à grief

Le SECM considère que les prestations introduites en tiers payant (paiement 4) sont indues vu qu'elles ont été introduites hors des critères requis et ce, afin de pouvoir porter en compte des prestations litigieuses.

A titre subsidiaire

Prestation	Nbr. prest.	Montant euros
560011	13	0,00
Total général	13	0,00

Les 13 prestations 560011 sont indues à titre subsidiaire vu que 9 ont déjà été retenues dans le grief 1 et que 4 ont été retenues dans le grief 2.

➤ **Position de Madame A. en date du 30/05/2016 (Cf. pièces 255 à 290)**

« (...) Vous me dites que si Madame E. n'a pas signé de document correspondant à une quelconque détresse financière c'est moi-même qui ai introduit ce document pour porter en compte des prestations de soins de santé par le système du tiers payant.

En général quand je pratique le tiers payant, j'avertis le patient que j'introduis les documents à la mutuelle. Je signe moi-même le document de détresse financière mais je précise que le patient a marqué son accord.

Vous me dites qu'il m'est interdit de signer ce document à la place du patient. (...) »

3.3.3 Cas n° 3 : Madame G.

➤ **Prestations attestées :**

du 06/08/2014 au 19/12/2014, une prestation 563010 par journée de soins, soit un total de 60 séances, prescrites par le Dr H., neurochirurgien ;

le 12/08/2014, une prestation 563076, rapport écrit ;

du 28/01/2015 au 11/02/2015, une prestation 560011 par journée de soins, soit 9 séances, prescrites par le Dr X., médecin traitant.

➤ Argumentation

En date du 14/12/2015, Madame G. déclare (Cf. pièces 624 à 629) :

« (...) Je payais les séances par semaine chez le kiné, elle me donnait la souche après que je l'ai payée en liquide et je la rentrais à la mutuelle ou j'étais remboursée. Elle ne m'a jamais fait le tiers payant et je n'ai jamais fait une demande de tiers payant.

...

Sur question, je n'ai jamais rempli de document relatif à une quelconque détresse financière. (...)

Le 25/02/2016, Madame G. lors de l'authentification du document introduit auprès de l'OA concernant le tiers payant, déclare (Cf. pièces 635 à 641):

« (...) Sur question, vous me montrez 1 document « demande de dérogation pour le tiers payant » sur lequel il est noté que je fais 1 déclaration sur le fait que j'autorise le tiers payant à Madame A. car je suis dans l'impossibilité de payer. Ceci est faux. Je n'ai jamais vu ce document, je ne l'ai pas rempli ni signé.

Comme je vous l'ai dit dans mes précédentes déclarations, je n'ai jamais rempli de document de ce genre. Je signe d'ailleurs à l'arrière de ce document que nous annexons en annexe 1 pour vous montrer ma vraie signature. (...) »

Document introduit auprès de l'OA par le Cabinet B. (Cf. pièce 1039) :

...

Signature de Madame G. :

...

➤ **Prestations retenues à grief**

Le SECM considère que les prestations introduites en tiers payant (paiement 4) sont indues vu qu'elles ont été introduites hors des critères requis et ce, afin de pouvoir porter en compte des prestations litigieuses.

A titre subsidiaire

Prestation	Nbr. prest.	Montant euro
563010	4	0,00
Total général	4	0,00

➤ **Position de Madame A. le 30/05/2016** (Cf. pièces 255 à 290) :

« (...) Si Madame G. n'a pas signé de document correspondant à une quelconque détresse financière, que c'est moi-même qui ai introduit ce document pour porter en compte des prestations de soins de santé par le système du tiers payant.

Je vous réponds que j'ai dit à cette personne que je m'occupais d'envoyer à la mutuelle les dernières séances par le système du tiers payant parce qu'elle s'inquiétait du montant qu'elle devrait payer et que je tardais à lui remettre l'attestation.

Concernant le document de détresse financière que vous me montrez, je vous déclare qu'il a été complété par mon mari. C'est son écriture qui y figure. (...) »

3.3.4 Cas n° 4 – Madame J.

➤ **Prestations attestées :**

du 06/01/2014 au 08/04/2014, 15 prestations 560011 ;
du 09/04/2014 au 24/07/2014, 26 prestations 560055.

Son remplaçant, Monsieur C., a attesté :

...

du 14/04/2014 au 18/04/2014, 3 prestations.

Soit un total de 44 prestations.

➤ **Argumentation**

En date du 11/01/2016, Madame J. déclare (Cf. pièces 663 à 670) :

« (...) Pour le paiement, elle me donnait le papier, je me faisais rembourser par la mutuelle et je la payais après. Je n'avais pas de supplément. Il me semble qu'1 x je suis allée et que c'était 1 remplaçant, un monsieur. (...) »

Concernant les prestations introduites en tiers payant, en date du 11/01/2016, Madame J. déclarait payer les prestations en liquide.

En date du 25/02/2016, Madame J. lors de l'authentification du document introduit auprès de l'OA concernant le tiers payant, déclare ne pas reconnaître les documents introduits en son nom (Cf. pièces 1043 et 1056) :

« (...) Vous m'interpellez concernant mes déclarations du 11/01/16 relatives au fait que je n'ai pas signé de document relatif à 1 quelconque détresse financière pour payer mes soins. Je n'ai jamais signé ce genre de document vu que je payais les attestations.

Vous me montrez 2 documents relatifs à une dérogation pour le tiers Payant. Je n'ai rempli ni signé AUCUN de ces 2 documents. Je vous fais remarquer qu'en plus, il s'agit de 2 écritures différentes.

Je suis formelle, je n'ai jamais signé de document.

En fait, je comprends, comme je n'ai pas réalisé toutes les séances qui m'ont été prescrites, c'est certainement pour envoyer la différence à la mutuelle directement. (...) »

...

...

➤ **Prestations retenues à grief**

Le SECM considère que les prestations introduites en tiers payant (paiement 4) sont indues vu qu'elles ont été introduites hors des critères requis et ce, afin de pouvoir porter en compte des prestations litigieuses.

A titre subsidiaire

Prestation	Nbr. prest.	Montant euro
560011	3	0,00
560055	13	0,00
Total général	16	0,00

➤ **Position de Madame A. en date du 30/05/2016** (Cf. pièces 255 à 290) :

« (...) Vous en concluez que si Madame J. n'a pas signé de document correspondant à une quelconque détresse financière, que c'est moi-même qui ai introduit ce document pour porter en compte des prestations de soins de santé par le système du tiers payant.

Je vous réponds que le premier document a été complété par mon mari et que le second l'a été par moi-même. De nouveau, il s'agit du cas d'une patiente qui tardait à me rembourser. J'ai donc eu recours au tiers payant pour être remboursée. (...) »

...

3.3.5 Cas n° 5 – Madame U.

➤ Prestations attestées :

du 08/04/2014 au 21/08/2014, 1 séance 563010 par journée de soins. Soit un total de 58 séances ;

le 22/08/2014, 1 séance 563054.

du 14/04/2014 au 18/04/2014, ont été attestées 3 prestations 563010 par Monsieur C., remplaçant du cabinet B.

Soit 61 séances 563010 et 1 séance 563054.

➤ Argumentation

En date du 25/02/2016, Madame U. déclare (Cf. pièces 944 à 956) :

« Je vous avais déclaré n'avoir rien signé concernant une éventuelle détresse financière.

J'ai toujours payé au comptant au kiné.

Vous me montrez un document « dérogation pour le Tiers-Payant ». Je n'ai jamais vu ce document, je ne l'ai ni rempli ni signé.

La date du 3/02/2015 est indiquée mais je n'ai plus jamais été chez le kiné en 2015.

Je suis formelle. Je n'y suis plus allée après le 14/7/2014. En avril, le couple est parti ensemble et c'est à ce moment-là que j'ai eu le remplaçant. Je ne lui ai rien payé directement.

Le paiement se faisait toujours par le couple. En juillet 2014, c'était leurs grands congés ; là, ils sont partis plus longtemps et je n'y suis plus allée après le 14. (...) »

Document introduit auprès de l'OA (Cf. pièce 1624) :

...

Signature de Madame U.

...

➤ Prestations retenues à grief :

Le SECM considère que les prestations introduites en tiers payant (paiement 4) sont indues vu qu'elles ont été introduites hors des critères requis et ce, afin de pouvoir porter en compte des prestations litigieuses.

A titre subsidiaire

Prestation	Nbr. prest.	Montant euro
563010	15	0,00
563054	1	0,00
Total général	16	0,00

...

3.4 Récapitulatif pour le Grief n° 3

A titre subsidiaire

Assurés	Prestation	Nbr. prest.	Montant euro
Madame D.	560011	12	0,00
Madame E.	560011	9	0,00
Madame G.	563010	4	0,00
Madame J.	560011	3	0,00
Madame J.	560055	13	0,00
Madame U.	563010	15	0,00
Madame U.	563054	1	0,00
Total général		57	0,00

Prestation	Nbr. prest.	Montant euro
560011	24	0,00
560055	13	0,00
563010	19	0,00
563054	1	0,00
Total général	57	0,00

4 Indu total du PVC

Grief	Prestation	Nbre	Montant (euros)
1	560011	85	1.422,95
	560055	70	571,73
	560313	8	136,27
	560350	20	188,00
	560652	99	1.936,19
	561013	32	668,48
	561595	3	49,69
	563010	95	1.700,96
	563054	11	91,50
	563312	6	123,54
	563614	13	218,14
	563916	51	1.042,44
	563953	187	1.888,70
	564093	6	71,82
	564211	2	45,12
	564336	23	416,53
564130	13	85,93	
Total Grief 1	724	10.657,99	
2	560011	4	65,48
	563010	11	184,58
	Total Grief 2	15	250,06
Total général	739	10.908,05	

L'indu total pour les 739 prestations litigieuses vaut donc **10.908,05 €**.

5 Tableau synoptique

Grief	Référence	Codes NPS	Dates de prestations		Dates d'intro à l'OA		Nbre prest	Nbre assurés	Indu (€)	RV
			du	au	du	au				
NE (Non effectué)	Art. 7 N.P.S.	560011	08-03-2014	23-04-2015	02-07-2014	30-06-2015	85	33	1422,95	10.657,99
		560055	03-03-2014	23-04-2015	04-08-2014	24-06-2015	70	10	571,73	
		560313	04-03-2014	22-04-2015	30-09-2014	30-04-2015	8	2	136,27	
		560350	22-07-2014	23-04-2015	31-07-2014	31-05-2015	20	2	188	
		560652	15-04-2014	23-04-2015	04-06-2014	02-07-2015	99	13	1936,19	
		561013	28-07-2014	23-04-2015	24-09-2014	30-06-2015	32	2	668,48	
		561595	29-07-2014	29-12-2014	13-08-2014	16-02-2015	3	3	49,69	
		563010	22-07-2014	23-04-2015	05-08-2014	30-06-2015	95	20	1700,96	

Grief	Référence	Codes NPS	Dates de prestations		Dates d'intro à l'OA		Nbre prest	Nbre assurés	Indu (€)	RV
			du	au	du	au				
		563054	14-04-2014	31-12-2014	05-11-2014	21-05-2015	11	4	91,5	
		563312	28-07-2014	23-04-2015	05-08-2014	06-05-2015	6	2	123,54	
		563614	03-03-2014	31-12-2014	06-08-2014	17-04-2015	13	7	218,14	
		563916	03-06-2014	25-03-2015	31-07-2014	21-05-2015	51	3	1042,44	
		563953	11-03-2014	14-08-2015	02-07-2014	08-09-2015	187	3	1888,7	
		564093	02-01-2015	09-01-2015	21-05-2015		6	1	71,82	
		564130	09-06-2015	30-06-2015	10-07-2015	26-08-2015	13	1	85,93	
		564211	28-07-2014	29-07-2014	13-08-2014		2	1	45,12	
		564336	18-06-2014	31-03-2015	31-07-2014	21-05-2015	23	3	416,53	
TOTAL			03-03-2014	14-08-2015	04-06-2014	08-09-2015	724		10.657,99	
NC- absence de prescription médicale	Art. 7 N.P.S.	560011	10-11-2014	20-11-2014	28-02-2015		4	1	65,48	
		563010	16-06-2014	14-07-2014	30-07-2014	19-03-2015	11	1	184,58	
TOTAL			16-06-2014	20-11-2014	30-07-2014	19-03-2015	15		250,06	250,06
TOTAL GENERAL			03-03-2014	14-08-2015	04-06-2014	08-09-2015	739		10.908,05	10.908,05

A titre subsidiaire

(prestations reprises et comptabilisées au grief 1 donc ne générant pas d'indu)

Grief	Codes NPS	Nbr. prest	Indu
NC : absence de prescription médicale	560011	5	0,00
	560055	2	0,00
	563010	19	0,00
	563054	1	0,00
TOTAL		27	0,00
NC : Fausses déclarations de détresse financière afin de porter en compte des prestations litigieuses en tiers payant	560011	24	0,00
	560055	13	0,00
	563010	19	0,00
	563054	1	0,00
TOTAL		57	0,00

II. DISCUSSION

1. QUANT AU FONDEMENT DES GRIEFS

Attendu que Mme A. ne conteste pas la matérialité des griefs retenus à sa charge ;

Que les griefs sont donc incontestablement établis au regard des éléments repris notamment dans la note de synthèse précitée.

2. QUANT A L'INDU TOTAL ET AU REMBOURSEMENT

2.1. Indu total

Les trois griefs soulevés dans le cadre du présent dossier ont entraîné des débours indus dans le chef de l'assurance obligatoire soins de santé pour un montant total de **10.908,05 euros**.

Il y a lieu d'ordonner que Madame A. procède au remboursement de l'indu, en application de l'article 142, §1^{er}, 1° et 2° de la loi ASSI, soit la somme de **10.908,05 euros**.

La Société SC SPRL B. N° BCE : ..., a perçu l'ensemble de ces remboursements.

Dès lors, en application de l'article 164, alinéa 2 de la loi ASSI, ladite Société doit être condamnée solidairement avec Madame A. au remboursement de la valeur des prestations indues.

2.2. Remboursement

L'IRV, signée, a été renvoyée par Mme A. le 22/06/2016.

Le remboursement volontaire de l'indu a été finalisé le 04/09/2017.

Dès lors, le Fonctionnaire-dirigeant du SECM constate que Mme A. a procédé au remboursement total de l'indu avec dernier versement à la date du 04/09/2017.

L'indu résiduel est donc de 0,00 €.

3. SUR LE PLAN DE L'AMENDE ADMINISTRATIVE

3.1. Quant au régime juridique de l'amende administrative

Les mesures prévues à l'article 142, §1^{er}, 1° et 2° de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 sont d'application, à savoir pour les trois griefs :

- pour le grief de prestations non effectuées (grief n°1) : 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 de prestations non conformes (griefs n°2 et n°3) : remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé et/ou 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).

Par ailleurs, l'article 157 §1^{er} de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 dispose que « Le Fonctionnaire-dirigeant ou le fonctionnaire désigné par lui (...) peut décider qu'il sera sursis en tout ou en partie, à l'exécution des décisions infligeant les amendes visées à l'article 142.

Le sursis d'une durée de un à trois ans, peut être accordé lorsque dans les trois ans précédant le prononcé, aucune amende administrative n'a été infligée ni aucun remboursement de prestations indues n'a été imposé à l'intéressé par une instance administrative ou juridictionnelle instituée au sein ou auprès de l'Institut.

Le sursis est révoqué de plein droit lorsque le dispensateur est condamné du chef d'une nouvelle infraction visée à l'article 73bis, commise pendant le délai d'épreuve. »

3.2. Observations quant aux griefs

Le Service d'Evaluation et de contrôle médicaux tient tout d'abord à rappeler à Madame A. l'importance, pour un dispensateur de soins collaborateur du système d'assurance obligatoire soins de santé, du respect et de l'application stricte des règles administratives applicables à sa profession.

Le fait de porter en compte à l'assurance soins de santé des prestations non effectuées est l'infraction la plus grave qui puisse être constatée par le Service d'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.

S'agissant des griefs de non-conformité, il y a également lieu de rappeler que le législateur a encadré de manière très précise les possibilités d'attester les soins de kinésithérapie afin d'éviter les abus qui pourraient découler d'une appréciation souple et extensive des conditions fixées par la Réglementation, en ce qui concerne, comme c'est le cas ici, de l'usage de la facturation en tiers-payant ou de la nécessité d'une prescription médicale préalable à l'attestation de soins de kinésithérapie.

De plus, pour rappel, 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.

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

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

3.3. En l'espèce

Même si les circonstances qui suivent n'exonèrent pas Madame A. de toute responsabilité au regard des infractions reprochées, il y a lieu de prendre en considération des éléments suivants pour fixer la quantum de l'amende :

- A l'analyse du dossier, il apparaît que le kinésithérapeute R., conjoint de Madame A. au moments des faits litigieux, porte une coresponsabilité évidente dans la commission des infractions reprochées. La tarification de Mme A. a en effet toujours été exclusivement établie par son ex mari sur base de l'agenda électronique de la prestataire. C'est ainsi que certains patients de Monsieur R. ont pu être encodés au nom de Mme A. avec pour effet, une forte augmentation de son profil.
- Madame A. s'est mise dans cette situation infractionnelle car, à tort, elle ne vérifiait pas la tarification établie par son époux et sur ce point, elle reconnaît d'ailleurs avoir manqué de vigilance. Il s'agit en effet d'une négligence de sa part dont elle a à répondre.
- À plusieurs reprises lors de ses auditions par le SECM, mais également dans ses moyens de défense, Madame A. a fait état d'une situation de litige avec son mari qui peut expliquer, du moins en partie, certaines infractions constatées.

À titre d'exemple, pour expliquer l'infraction concernant le 7^e cas du 1^{er} grief, Madame S. (voir le point 4.3.2.7 de la note de synthèse), Madame A. a déclaré le 30/05/2016 (voir page 23 de la note de synthèse) :

« (...) Je vous répons que c'est une patiente de mon mari. Je ne sais rien vous dire au sujet de ce cas. Comme pour le cas précédent, mon mari atteste à mon nom les prestations qu'il effectue et cela dans le but de ne pas dépasser le plafond. Ce faisant, j'en arrive moi à dépasser le plafond. (...) »

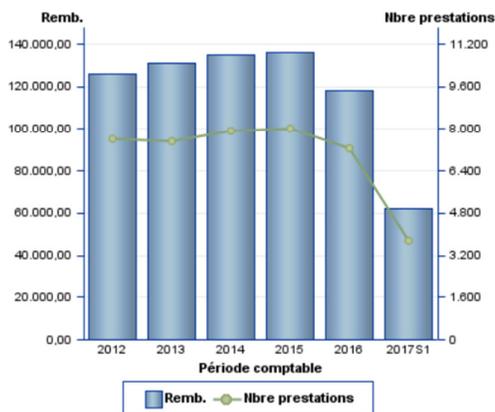
Concernant le 1^{er} cas du 3^e grief, Madame D. (voir le point 6.3.1 de la note de synthèse), Madame A. a déclaré le 30/05/2016 (voir page 38 de la note de synthèse) :

« C'est mon mari, avec lequel je suis en litige qui a introduit ces prestations en tiers payant à mon nom. (...) »

- Si dans le cours de l'enquête, il était difficile pour le SECM de se prononcer sur la réalité de cette relation conflictuelle entre Madame A. et son mari, des éléments factuels nouveaux permettent à ce jour de confirmer cette version des faits.
- Le divorce de Mme A. d'avec Monsieur R. a bien été prononcé en date du 17/05/2017 ;

- Le profil de Mme A. a bien diminué dans le décours de l'enquête du SECM (voir ci-dessous) :

Période comptable	N° INAMI dispensateur	Prof	Nbre prestations	Remb.
2017S1	52033471	50	3.750	62.332,80
2016	52033471	50	7.239	118.311,32
2015	52033471	50	8.024	136.086,24
2014	52033471	50	7.941	134.736,77
2013	52033471	50	7.545	131.293,72
2012	52033471	50	7.638	125.846,45



- En août 2018, Madame A. a, par courriel, informé le SECM du fait que son ex-mari continuerait encore, à l'heure actuelle, à porter en compte, en son nom, en tiers payant, des prestations qu'elle n'a jamais effectuées.

Celle-ci a été alertée par un courrier-retour de la mutualité libérale 409 concernant des attestations de soins facturés en tiers payant pour la patiente prénommée Madame Y. : mut 409 NISS : ... , alors qu'elle confirme ne pas avoir apporté de soins à cette patiente durant ces dates (23 prestations).

Il s'avère donc que l'ex mari de Mme A., Monsieur R. kinésithérapeute, ... atteste encore en son nom et ce probablement dans le cadre de la société SPRL B. qui n'est toujours pas liquidée malgré toutes ses démarches, des prestations non effectuées au nom de Mme A.

Elle précise qu'elle craint que d'autres soins non effectués soient attestés en son nom pour d'autres patients mais que ne possédant plus le logiciel de la société depuis septembre 2016 (elle possède son propre logiciel en personne physique), elle n'a dès lors aucun moyen pour les identifier.

- Enfin, il faut retenir en faveur de Madame A., le fait qu'elle a toujours collaboré à l'enquête du SECM, qu'elle a remboursé l'intégralité de l'indu et qu'elle a fait part de sa volonté de corriger les manquements constatés, ce que l'évolution de son profil semble confirmer.

De tout quoi, il est justifié de prononcer dans le chef de Madame A. au titre :

- du grief n°1 de prestations non effectuées, une amende administrative de 100% du montant des prestations indument attestées à charge de l'assurance soins de santé (LC 14.07.1994, art. 142, §1^{er}, 1^o) (10.657,99 euros) soit une amende administrative de 10.657,99 euros **assortie pour la totalité d'un sursis d'une durée de 3 ans** ;
- des griefs de prestations non conformes (griefs n°2 et n°3), une amende administrative de 50% du montant des prestations indument attestées à charge de l'assurance soins de santé (LC 14.07.1994, art. 142, §1^{er}, 2^o) (205,06 €) soit une amende administrative de 102,53 euros **assortie pour la totalité d'un sursis d'une durée de 3 ans**.

4. LA DEMANDE AU TITRE DES INTERETS SUR LA SOMME DES PRESTATIONS INDUMENT ATTESTEES

L'article 156, §1^{er}, alinéa 2 de la loi ASSI coordonnée (tel que modifié par l'article 26, 1^o, de la loi du 17 juillet 2015 portant des dispositions diverses en matière de santé, M.B. du 17 août 2015) dispose que :

« § 1er. Les décisions du fonctionnaire dirigeant du Service d'évaluation et de contrôle médicaux ou du fonctionnaire désigné par lui, visées à l'article 143, les décisions des Chambres de première instance visées à l'article 142, et les décisions des Chambres de recours, visées aux articles 142 et 155, sont exécutoires de plein droit par provision, nonobstant tout recours. Des délais de paiement peuvent être accordés uniquement sur la base d'une demande motivée et appuyée par toute pièce utile permettant d'en apprécier le bien-fondé.

Les sommes dues sont payées dans les trente jours de la notification des décisions visées à l'alinéa 1^{er}. A défaut de paiement dans ce délai, les sommes restant dues produisent, de plein droit, des intérêts au taux d'intérêt légal en matière sociale, tel que prévu à l'article 2, § 3, de la loi du 5 mai 1865 relative au prêt à intérêt, à compter de l'expiration de ce délai ».

En conséquence, les sommes non payées dans le délai de 30 jours suivant la notification de la décision du Fonctionnaire-dirigeant, seront de plein droit majorées d'intérêts moratoires à compter de l'expiration de ce délai et ce jusqu'au complet paiement des sommes dues.

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 les griefs établis ;
- Condamne solidairement Madame A. et la SC SPRL B. - N° BCE : ... à rembourser la valeur des prestations indues s'élevant à 10.908,05 euros ; ;
- Constate que Madame A. a remboursé le montant total de l'indu ;
- Condamne Madame A. à payer une amende administrative de 100% du montant des prestations non effectuées indument attestées à charge de l'assurance soins de santé (LC 14.07.1994, art. 142, §1^{er}, 1^o) (10.657,99 euros) soit une amende administrative de 10.657,99 euros assortie pour la totalité d'un sursis d'une durée de 3 ans ;

- Condamne Madame A. à payer une amende administrative de 50% du montant des prestations non conformes indument attestées à charge de l'assurance soins de santé (LC 14.07.1994, art. 142, §1^{er}, 2^o) (205,06 €) soit une amende administrative de 102,53 euros assortie pour la totalité d'un sursis d'une durée de 3 ans ;
- Dit qu'à défaut de paiement des sommes dues dans les trente jours de la notification de la présente décision, des intérêts au taux légal en matière sociale, tel que prévu à l'article 2, §3, de la loi du 5 mai 1865 relative au prêt à intérêt, seront dus, de plein droit, à compter de l'expiration du délai précité.

Ainsi décidé à Bruxelles, le 11/10/2018

Le Fonctionnaire – dirigeant f.f.,

Dr Philip Tavernier
Médecin-directeur général f.f.