

**DECISION DU FONCTIONNAIRE-DIRIGEANT DU 10 JUILLET 2014
BRS/F/14/001**

Concerne : **Monsieur A.**
Kinésithérapeute

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

1 GRIEF FORMULE

Un grief a été formulé concernant Monsieur A., kinésithérapeute, 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 :

d'avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer des documents réglementaires visés dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans ladite loi, ses arrêtés d'exécution ou les conventions ou accords conclus en vertu de cette même loi.

Infraction visée à l'article 73bis, 2° de la loi coordonnée le 14 juillet 1994.

Bases légales

Art. 73bis de la Loi coordonnée

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 :

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.

Chapitre III Article 7 §7 et §19 de la Nomenclature des prestations de santé.

§ 7. Par "apport personnel du kinésithérapeute", il faut entendre le temps qui est personnellement et exclusivement consacré par le kinésithérapeute au traitement ou à l'évaluation du bénéficiaire concerné.

La "durée globale moyenne" d'apport personnel s'évalue sur un terme qui ne peut être inférieur à 3 mois pour l'ensemble des prestations concernées et l'ensemble des patients du kinésithérapeute.

§19. Par dispensateur, il ne peut être porté en compte en moyenne par journée que 30 prestations, dont maximum 20 prestations pour lesquelles une durée globale moyenne

de 30 ou 20 minutes ou une durée de minimum 20 minutes d'apport personnel du kinésithérapeute est exigée.

Ces nombres moyens journaliers s'évaluent sur une période d'activité effective qui ne peut être inférieure à 90 jours et qui tient compte des journées d'activité effective comme inscrit dans les dossiers kinésithérapeutiques et/ou le registre pour l'ensemble des prestations et l'ensemble des patients du kinésithérapeute.

Pour la détermination du nombre moyen de prestations par journée, les prestations d'une durée de, respectivement, minimum 60 et 120 minutes d'apport personnel du kinésithérapeute valent deux et quatre prestations pour lesquelles une durée globale moyenne de 30 minutes d'apport personnel du kinésithérapeute est exigée. La prestation d'une durée de 45 minutes d'apport personnel du kinésithérapeute vaut 1,5 prestations pour lesquelles une durée globale moyenne de 30 minutes d'apport personnel du kinésithérapeute est exigée.

Prestations en cause

Nomenclature des prestations de santé :

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	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
563010 : Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes	M	24
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	M	13
563614 : Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes	M	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	M	24

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	M	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	M	13
561013 : Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes	M	22
563312 : Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes	M	24
563356 : Lorsque la séance 563312 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	M	13
563916 : Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes	M	24
563953 : 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	M	13
564211 : Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes	M	24

Constat

Pendant la période du 01/01/2011 au 31/12/2011 inclus, il a été porté en compte, à l'assurance soins de santé et indemnités, 6 783 prestations pour lesquelles une durée globale moyenne de 30 ou 20 minutes ou une durée de minimum 20 minutes d'apport personnel du kinésithérapeute est exigée.

Le nombre de journées effectives d'activité pendant cette période est de 351 jours.

Le nombre maximum de telles prestations, autorisé par jour, est de 20.

Le nombre total de prestations attestables était donc de $351 \times 20 = 7020$.

Cela implique que 423 (7443-7020) prestations ont été attestées indûment.

Il en résulte un indu de 4 737,60€ pour l'assurance soins de santé.

Position du prestataire

Dans son audition du 12/12/2012, et dans son courrier du 10/01/2013, Monsieur A. déclare ne pas avoir pu, suite au refus de remboursement par les mutuelles, attester les prestations de kinésithérapie, en dépassement du nombre journalier de 20, sous le numéro de la nomenclature des prestations de santé correspondant à une séance de durée indéterminée. Il n'a cependant pas été en mesure de nous communiquer tous les documents ou copie de ceux-ci, par lesquels les mutuelles refusaient le remboursement. Il en est de même en ce qui concerne les documents rectificatifs qu'il déclare avoir renvoyés aux mutuelles. Il nous adresse cependant copie de tels documents (annexe 2 du courrier du 10/01/2013) dans le cas d'une assurée.

Dans ce même courrier du 10/01/2013, Monsieur A. mentionne les cas de deux assurés dont les prestations, en 2011, ne sont pas reprises dans le listing, joint au procès-verbal de constat du 12/12/2012.

Après vérification auprès des deux organismes assureurs (demande de données informatiques authentifiées des prestations de santé remboursées dans le cas de ces deux assurés), un courrier rectificatif fut adressé à Monsieur A. en date du 15 février 2013. Ce courrier concernait des prestations relatives à un assuré; en ce qui concerne la deuxième assurée, l'organisme assureur n'a enregistré aucun remboursement des prestations de mésothérapie mentionnées par Monsieur A.

Après réception du courrier du 15 février 2013, Monsieur A. a déclaré par courriel (01/03/2013) accepter de rembourser l'indu corrigé. Il a, cependant, demandé un délai de 24 mois pour ce faire. Par courrier du 28/03/2013, une formule de proposition de remboursement volontaire lui a été adressée avec un fractionnement du montant total à rembourser, soit 4.737,60 €, en cinq mensualités de 947,52 €, avec échéance ultime au 31/08/2013 pour la totalité de l'indu.

Réalité du grief et remboursement

Monsieur A., kinésithérapeute, a reconnu les faits. Le grief est établi.

Monsieur A. a effectué un remboursement de 1.000€ en date du 22 mai 2013, de 1.737,60€ en date du 11 juillet 2013, de 1.000€ en date du 6 août 2013 et un dernier versement de 1.000€, le 3 septembre 2013.

L'indu de 4.737,60€ a donc été totalement remboursé.

AMENDES ADMINISTRATIVES

Le SECM estime nécessaire de prononcer une amende administrative à charge de Monsieur A.

Régime de sanctions applicables

Plusieurs lois se sont succédé dans le temps :

1. Pour les prestations de soins antérieures au 1er juillet 2011, les mesures applicables étaient les suivantes :

- pour un grief relatif à des prestations non conformes : 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, §1er, al 1er, 2°, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994),

2. La loi du 6 juin 2010 introduisant le Code pénal social (M .b. du 1 er juillet 2010, p.43.712), entrée en vigueur le 1er juillet 2011 (article 111 de la loi du 6 juin 2010), a apporté les modifications suivantes :

- sanction applicable aux dispensateurs de soins (article 225, 3° du Code pénal social) soit une amende pénale de 50 à 500 €, soit une amende administrative de 25 à 250 € (article 101 du CPS), à majorer des décimes additionnels (article 102 du CPS).

3. La loi du 15 février 2012 (M .b. du 8 mars 2012, p 14267) a toutefois abrogé l'article 225, 3° du Code pénal social et a modifié l'article 169 de la loi ASSI coordonnée en précisant notamment que «Les infractions sont sanctionnées conformément au Code pénal social, à l'exception des infractions à charge des dispensateurs de soins et des personnes assimilées définies à l'article 2, n), visées et poursuivies conformément aux articles 73, 73bis, 138 a 140, 142 a 146bis, 150, 156, 164 et 174.»

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

Dès lors, depuis le 18 mars 2012, les mesures visées au point 1 ci-dessus sont à nouveau d'application.

Trois régimes de sanctions se succèdent dans le temps, le deuxième régime étant plus favorable que les premier et troisième régimes, par ailleurs similaires.

Or, en vertu de l'article 2 du Code pénal, qui instaure un principe général de droit, si la peine établie au temps du jugement diffère de celle qui était portée au temps ou l'infraction fut commise, la peine la moins forte sera appliquée.

Si plus de deux législations se succèdent entre le moment où l'infraction a été commise et le moment où l'infraction est jugée, « (.) Le juge appliquera donc la loi la plus douce, quelle qu'elle soit, et alors même qu'elle n'aurait été en vigueur ni lors de la commission de l'infraction ni lors du jugement. Les travaux préparatoires du Code pénal sont formels à cet égard «La peine ne se justifiant que par la nécessité, il suffit que, durant un instant, cette nécessité se soit modifiée pour que le prévenu puisse demander à la société le bénéfice de cette modification»() »(F. KUTY, Principes généraux du droit pénal, Larcier, Bruxelles, t 1, 2ème éd., 2009, pp. 271-272).

Dans un litige où trois lois pénales se faisaient suite, la Cour de cassation a en effet estimé que la loi pénale la moins sévère trouvait à s'appliquer, et ce, même s'il s'agissait de la loi intermédiaire (Cass., 2ème ch., 8 novembre 2005, RG P50915N, disponible sur [http //www.jure.juridat.fgov.be](http://www.jure.juridat.fgov.be)).

Dans le présent litige, la sanction la moins forte est la sanction prévue par le CPS et d'application du 1er juillet 2011 au 17 mars 2012 inclus, soit la sanction de niveau 2 constituée d'une amende pénale de 50 à 500€ ou d'une amende administrative de 25 à 250€ (article 101 du CPS), à majorer des décimes additionnels (article 102 du CPS).

Par conséquent, la seule sanction qui peut, le cas échéant, être infligée en l'espèce, est la sanction de niveau 2 prévue à l'article 101 du CPS, soit une amende administrative de 25 à 250€ (article 101 du CPS), majorée des décimes additionnels (article 102 du CPS).

L'article 1er de la loi du 5 mars 1952 relative aux décimes additionnels sur les amendes pénales a été modifié par l'article 36 de la loi du 7 février 2003 portant diverses dispositions en matière de sécurité routière (M.b , 25 février 2003) : le mot «quarante» a été remplacé par le mot «quarante-cinq».

«Ajouter un décime à une somme consiste à majorer cette somme d'un dixième de son montant. La majoration de quarante-cinq décimes équivaut donc à une multiplication par cinq et demi» (voy. notamment Cass, 24.02.2010, P 091767.F et Cass., 10.03 2010, P.09 1692.F).

Ce qui signifie que le montant de l'amende, majorée de quarante-cinq décimes, est obtenu en multipliant cette amende par 5,5.

En effet, si un décime équivaut à 10% du montant à majorer, 45 décimes équivalent à 450% : on doit ajouter à l'amende retenue un montant équivalent à 450% de cette amende.

Quantum de la sanction

Monsieur A. a méconnu les obligations qui s'imposaient à lui en sa qualité de dispensateur de soins, collaborateur de l'assurance obligatoire.

Le comportement de Monsieur A. est de nature à porter gravement atteinte, non seulement à l'équilibre financier de l'assurance obligatoire, mais également à la nécessaire confiance que les autorités et la collectivité, dans son ensemble, doivent pouvoir placer dans les dispensateurs de soins, en raison des prérogatives qui leur sont octroyées dans le fonctionnement de l'assurance obligatoire.

Ces derniers, sur la seule foi de leur signature apposée au bas d'une attestation de soins donnés, sans contrôle préalable, peuvent délivrer un titre donnant droit à une intervention de l'assurance obligatoire et donc des deniers publics. Il s'agit d'une mission essentielle qui va de pair avec des obligations de probité et de diligence qui, en l'espèce, ont fait défaut.

De plus, Monsieur A. a des antécédents au sein du Service (voir page 2 et 3 de la note de synthèse) et le nombre de prestations en surnombre est très important (423 prestations).

Au vu de ces différents éléments, l'amende administrative infligée à Monsieur A. s'élève à 1375€ (250€ x 5,5).

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 :

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">- Déclare le grief établi ;- Constate que l'indu de 4.737,60€ a été remboursé; |
|---|

- Condamne Monsieur A., kinésithérapeute, à payer une amende administrative de 1.375€ (250€x5,5).

Ainsi décidé à Bruxelles, le 10 juillet 2013

Le Fonctionnaire – dirigeant,

Dr Bernard HEPP
Médecin-directeur général